別記

様式第１号（第２条関係）

|  |
| --- |
| 妊娠届出書　（宛先）佐倉市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　妊婦との続柄（　　　　　　　） |
| 届出年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |  |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年齢 | 職業 |
| 母親氏名 |  | □昭和□平成 | 年　　月　　日 |  |  |
| 個人番号 |  |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年齢 | 職業 |
| 父親氏名 |  | □昭和□平成 | 年　　月　　日 |  |  |
| 住　所 | （〒285‐ 　　　　）佐倉市 | 妊婦本人と連絡がとれる電話番号 | 自　　宅 |  |
| 携帯電話 |  |
| 出産予定日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 | 妊娠週数 | 第　　　　週 | おなかにいる胎児の数　　　人 |
| 健康診断 | （性病検査）　　□受けた　　□受けない　　　　（結核検査）　　□受けた　　□受けない |
| 医師や助産師の診断や保健指導を受けた医療機関等 |
| 施　設　名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 医師名又は助産師名 |  |
| 今までの妊娠・分娩経験について |
| 分 娩 経 験 | □無　□有 | 回 | 現在のお子さんの数　　　　　　　　人 |
| 流・早・死産 | □無　□有 | 自然流産　　　回 | 人工中絶　　　回 | 早産　　　回 | 死産　　　回 |
| 現病歴（現在治療をされている病気） |
| □無　　□有 | □心臓病　　　□腎臓病　　　□高血圧　　　□糖尿病　　　□膠原病　　□うつ病　□統合失調症　□パニック障害　　□甲状腺機能障害　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 既往歴（過去にかかった病気） |
| □無　　□有（治療完了・中断）**★別紙『妊婦さんへのアンケート』のご記入をお願いいたします。** | 病気の名前： |



ＱＲコードを読み込む → 市町村を選択…千葉県佐倉市 → 検索条件を設定…カテゴリ☑、妊娠・出産☑ → 「この条件で検索」をクリック

※マイナンバーカードをお持ちの方は、「ぴったりサービス」からオンライン申請もできます。（**後日、面接を行います**）

～市記入欄～

**【交付処理】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付場所 | 健セ・西部・南部・志津北部・市役所 | 別冊交付 | №（　　　　　　　） | 外国語版 | □交付有 |
| 多　　胎 | □ 手帳　□ 別冊 | 出産応援給付金申請書配布 | □配布　□配布なし |

**【本人確認】**

|  |  |
| --- | --- |
| マイナンバー確認 | □ マイナンバーカード　□ 通知カード　□ 住民票写し　 □ その他（　　　　　　　　）□ 無　[　確認了解済　・　その他（　　　　　　　　）　] |
| 身　元　確　認 | （1点で可）□ マイナンバーカード 　 □ 運転免許証 　□ パスポート □在留カード（外国人のみ）（2点以上）□ 保険証　　□年金手帳　□その他（　　　　　　　 　　　　　　） |

**【代理人】※妊婦本人以外の届出の場合**

|  |  |
| --- | --- |
| 身　元　確　認 | （1点で可）□ マイナンバーカード 　 □ 運転免許証 　□ パスポート　□在留カード（外国人のみ）（2点以上）□ 保険証　　□年金手帳　□その他（　　　　　　　 　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収受印 | 会　議 | 計画書 | 電　話 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 宛　名　番　号 |  |
| 浸水ランク | 非該当・１・２・３・４ |

**担当：母子保健課　（電話：043-485-6712）**

****

**妊婦さんへのアンケート**

安心して妊娠・出産を迎えることができるようサポートするため、アンケートにご協力ください。

１．ご連絡先についておたずねします

|  |
| --- |
|  |
| 妊娠中の郵便物の送付先について※変更が生じた場合は、あらたに申し出が必要となります。 | 郵送物は原則、住民票登録地へ郵送されます特別な事情により住民票登録地以外への郵送を希望しますか（希望しない　・　希望する）希望する方は①②をご記入下さい①送付先住所： 〒（　 　　　）　　　　　　　 　　　　　　　　②送付先変更理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※送付先変更の期間は妊娠期間中に限られます | ※出産後、母子保健課からの郵便は原則、子の住民票登録地へ送付されます。引き続き送付先変更を希望される場合には、母子保健課へご相談ください。 |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ※お電話が繋がらない場合、メールさせていただくことがあります |

２．あなたの体調や、今回の妊娠・出産などについておたずねします

|  |
| --- |
|  |
| 今回の妊娠について | 自然に妊娠した　　治療して妊娠した  | 　　　　　　　　　　 |
| 妊娠がわかった時の気持ちはいかがでしたか | うれしかった　　　予想外で驚いたがうれしかった予想外で戸惑った　 困った　 その他（　　　　　　　　） | 　　　　　　　　　　 |
| 妊娠がわかった時の夫（パートナー）の反応は？ | うれしそうだった　 　驚いていた　　戸惑っていた困っていた　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| ご実家はどちらですか | あなた：（　　　　　　）　夫・ﾊﾟｰﾄﾅｰ：（　　　　　　） |  |
| 里帰り予定はありますか | いいえ　・　はい（時期：　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 分娩予定施設は決まっていますか | いいえ　・　はい（病院名：　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 県外で妊婦健診を受ける予定がありますか | いいえ　・　はい　→別途手続きが必要になります |  |
| 妊娠届出後に市外に転出する予定はありますか | いいえ　・　はい（転出先：　　　　　　　　　　　　　）　 |  |
| 妊娠前の身長・体重・BMI | （体重　　 　㎏）÷（身長　　.　 　m）÷（身長　　.　　　m）＝ＢＭＩ（　　 　　） |
| 妊娠中の生活について医師から指示がありますか | いいえ　・　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 現在、内服している薬はありますか | いいえ　・　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| タバコを吸いますか | もともと吸わない・妊娠中のため止めた・吸っている（　 　）本 |  |
| お酒を飲みますか | もともと飲まない・妊娠中のため止めた・現在飲んでいる飲んでいる方：１回飲酒量（　　 　 ml）　週（　 　）日程度 |  |
| （働いている場合）お仕事と今後の予定 | ・仕事の内容：（　　　　　　　　　　　　 　　　　 　）・勤務時間：月・火・水・木・金・土・日 （　　）時～（　　）時　・通勤や作業内容で負担を感じることはありますか？　ある ・ なし・職場に妊娠を伝えていますか？ 伝えている ・ 伝えていない・妊娠に関して職場の理解はありますか？ 　　ある ・ なし・今後の仕事は？　　産休・育休取得後も仕事を続ける予定 ・ 妊娠を機に退職の予定 ・ 退職した |  |
| （出産経験がある場合）これまでの妊娠・産後経過で、異常や気持ちの落ち込みはありましたか | 重症悪阻（つわり） ・ 切迫流産 ・ 切迫早産 ・ 前置胎盤妊娠高血圧症 ・ 妊娠糖尿病 ・ 常位胎盤早期剥離不安だった ・ 気分が落ち込んだ ・ その他（　　　　　　）**裏面もご記入ください⇒** |  |
| 今までに心理的・精神的な問題でカウンセラーや精神科医、心療内科医などに相談したことがありますか | いいえ　・　はい |  |
| いつ頃（ 歳頃）　診断名（　　 　 　　）現在の状況：　治療中 ・ 治療中断 ・ 治療終了内服歴：無 ・ 有（薬の内容：　　　　 　　　　　　） |
| ①この1か月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか | いいえ　・　はい |  |
| ②この1か月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか | いいえ　・　はい |  |
| 上記の①②のどちらかに「はい」とお答えした方にうかがいます。何か助けが必要だったり、助けてほしいと思ったりしますか | いいえ　・　はい |  |

３．ご家族や協力者についておたずねします

|  |
| --- |
|  |
| 同居のご家族について | 夫 ・ パートナー子ども（　　　）人…　　　歳、　　　歳、　　　歳、　　　歳　実父・実母・義父・義母・兄弟姉妹・その他（　 　 　　　） |  |
| 同居のご家族で喫煙者はいますか | いない ・ いる（誰ですか：　　 　　　　　） |  |
| 夫（パートナー）の心身の状態はいかがですか | 良好・やや良好・どちらともいえない・やや不良・不良 |  |
| 夫（パートナー）とよくケンカしますか | しない ・ ときどきする ・ よくする |  |
| 夫（パートナー）やお母さん（実母）には何でも打ち明けることができますか | 夫（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）： はい ・ いいえ ・ 夫（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）はいないお母さん（実母）： はい ・ いいえ ・ 実母はいない |  |
| 自分の親との関係に満足していますか | 満足している ・ あまり満足していない ・まったく満足していない |  |
| 妊娠中・出産後に支援・協力してくれる人はいますか | 夫 ・ パートナー ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 ・きょうだい ・ 友人 ・ 近所の人 ・ その他（ 　　　　　 　　　）・　誰もいない  |  |
| 本当に困った時に相談できる人はいますか | 何人かいる ・ １人いる ・ 誰もいない |  |
| 妊娠・出産、これからの生活について、不安や　心配なことはありますか | いいえ　・　はい |  |
| 妊娠、出産に関すること　　 子育てに関すること自分自身の体調・精神面　　 夫・ﾊﾟｰﾄﾅｰや家族との関係　 出産や入院の費用 　　 　　生活費や経済面に関すること仕事と育児の両立　　　　　 上のお子さんの成長・発達その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今知りたい情報は何ですか | ①② |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 妊娠届出書やアンケートに記載された内容について、保健師や関係機関と共有させていただく場合があります。また、保健師・助産師が産前産後のご様子を伺うために電話やメールをさせていただく場合がありますのでご了解ください。 | 同意欄　　　**日付：****署名：** |

**以上でアンケートは終了です。ありがとうございました。**