

別記

様式第1号（第2条関係）

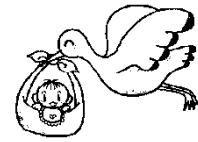
妊 娠 届 出 書						
(宛先) 佐倉市長			届出者氏名			
			妊婦との続柄 ( )			
届出年月日	年 月 日		生年月日		年齢	職業
ふりがな			年 月 日			
妊婦氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
	個人番号					
夫(パートナー)氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
住所地	佐倉市		妊婦本人と連絡がとれる 電話番号	自 宅		
				携帯電話		
居住地						
出産予定日	年 月 日		妊娠 月数	( ) か月 週	おなかにいる胎児の数 人	
健康診断	(性病検査) <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない		(結核検査) <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回	現在のお子さんの数		人	
流・早・死産	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)						
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> うつ病		<input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
既往歴(過去にかかった病気)						
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(治療完了・中断)	病気の名前:					
妊婦支援給付金申請に係る確認事項 <input type="checkbox"/> に✓をつけてください ※2つとも✓がないと申請はできません						
<input type="checkbox"/> 産科医療機関において、胎児の心拍が確認されました。						
<input type="checkbox"/> この妊娠届出をもって、佐倉市妊婦給付認定申請書の記入に代えます。						
妊婦支援給付金(1回目)の支給(5万円)について ( <input type="checkbox"/> のいずれかに✓をつけてください)						
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で登録した妊婦名義の公金受取口座への振込を希望します。						
<input type="checkbox"/> 妊婦が指定する口座への振込を希望します。						
金融機関名			支店名			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	金融機関コード			支店コード		
口座番号			口座名義(カナ)			

～市記入欄～

交付場所	健セ・西部・志津北部・市役所
宛名番号	

収受印
-----

# 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

<p>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。</p>	<p>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</p>	<p>※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。</p>
<p>メールアドレス</p>	<p>_____</p>	<p>※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</p>

## 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

<p>今回の妊娠について</p>	<p>自然に妊娠した      治療して妊娠した</p>	
<p>妊娠がわかった時の気持ちはいかがでしたか</p>	<p>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 ( )</p>	
<p>妊娠がわかった時の夫(パートナー)の反応は?</p>	<p>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 ( )</p>	
<p>ご実家はどちらですか</p>	<p>あなた：( )      夫・パートナー：( )</p>	
<p>里帰り予定はありますか</p>	<p>いいえ ・ はい(時期： )</p>	
<p>分娩予定施設は決まっていますか</p>	<p>いいえ ・ はい(病院名： )</p>	
<p>県外で妊婦健診を受ける予定がありますか</p>	<p>いいえ ・ はい →別途手続きが必要になります</p>	
<p>妊娠届出後に市外に転出する予定はありますか</p>	<p>いいえ ・ はい(転出先： )</p>	
<p>妊娠前の身長・体重・BMI</p>	<p>(体重 kg) ÷ (身長 . m) ÷ (身長 . m) = BMI ( )</p>	
<p>妊娠中の生活について医師から指示がありますか</p>	<p>いいえ ・ はい ( )</p>	
<p>現在、内服している薬はありますか</p>	<p>いいえ ・ はい ( )</p>	
<p>タバコを吸いますか</p>	<p>もともと吸わない・妊娠中のため止めた・吸っている ( ) 本</p>	
<p>お酒を飲みますか</p>	<p>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</p>	
<p>(働いている場合) お仕事と今後の予定</p>	<p>・ 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ありますか？ 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</p>	

(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( )	
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: )	裏面もご記入ください⇒
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(パートナー): はい・いいえ・夫(パートナー)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、出産に関する事 子育てに関する事 自分自身の体調・精神面 夫・パ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事 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	① ②	

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。