

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	
妊婦氏名					年 月 日				
ふりがな					生年月日		年齢	職業	
夫 (パートナー) 氏名					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	(月 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)		病気の名前：							
妊婦支援給付金申請に係る確認事項 ☐ 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									
☐ 産科医療機関において、胎児の心拍が確認されました。									
☐ 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 (☐ のいずれかに✓をつけてください)									
☐ 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。									
☐ 妊婦が指定する口座への振込を希望します。									
金融機関名		金融機関コード			支店名		支店コード		☐ 普通 ☐ 当座
口座番号					口座名義 (カナ)				

----- ~市記入欄~ -----

交付場所	健セ・西部・南部・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

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・パートナー：()	
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 kg) ÷ (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⇒

