

妊 娠 届 出 書

氏名		生年月日	年齢	勤務先
ふりがな 妊婦		年 月 日	歳	
ふりがな 子の父		年 月 日	歳	
住所	斜里町		世帯主	
	TEL () 携帯 ()		飲料水	1. 上水道 2. 井戸水 (検査実施 未・済)
出産予定日	年 月 日 (現在 満 週)	妊娠回数	回目 (出産 回)	妊娠の診断を受けた医療機関の名称 ()
不妊治療	受けた・受けない	最終月経	年 月 日 (順・不順)	
喫煙の有無	吸う ・ 吸わない ・ やめた	飲酒	あり ・ なし ・ やめた	
保険	1. 国保 2. 社会保険 3. 共済保険 4. その他 ()	身長・体重	cm	kg
		個人番号 (マイナンバー)		
<p>1. 上記の通り届出を致します。(母子保健法施行規則第3条)</p> <p>2. 新生児訪問及び乳幼児健診等を実施するにあたり、関係職員が出生届の情報を得ることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">斜 里 町 長 様</p> <p style="text-align: right;">届出人氏名 _____</p>				

裏面のアンケートにご協力ください

斜里町では、妊婦さんが安心して出産し、お子さんが健やかに成長できるようにご相談をお受けしています。
さしつかえない範囲で以下のアンケートにお答えください。

- ① 妊娠したことに対する気持ちとして、あてはまるものをすべて選んでください
うれしい ・ 不安 ・ 産みたくない
産みたいが育てる自信がない ・ 妊娠を継続することに悩みがある
- ② ご結婚していますか？ している（ 年 月） ・ していない（予定： ）
- ③ 現在、仕事をしていますか？ また、休職や退職の予定はありますか？
していない ・ している（休職予定： 年 月～ 退職予定： 年 月）
- ④ ご自身の健康状態はいかがですか？ 良い ・ どちらとも言えない ・ 悪い
- ⑤ ④でどちらとも言えない・悪いと答えた方は具体的な内容をお聞かせください。
（ ）
- ⑥ 現在、治療中の病気はありますか？ なし ・ あり（疾患名： ）
- ⑦ 過去に次の病気にかかったことがあれば選んでください。
高血圧 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺の病気 ・ 呼吸器系の病気
婦人科の病気 ・ 貧血 ・ アレルギー ・ 精神科の病気(薬物依存やアルコール依存を含む)
その他()
- ⑧ 風しんにかかったことはありますか？ はい ・ いいえ（予防接種 済 / 未）
- ⑨ 同居している家族の方で、ご病気の方はいらっしゃいますか？(夫・子ども・祖父母など)
誰が()、病気()をもっている
誰が()、病気()をもっている
- ⑩ 妊娠・出産・子育てについて相談できる人や協力してくれる人がいますか？ はい ・ いいえ
夫(パートナー) ・ 自分の親 ・ 夫(パートナー)の親 ・ その他の家族 ・ 友人
その他()
- ⑪ 妊娠や出産に関して保健師等に相談したいと思いませんか？ はい ・ いいえ ・ 必要があれば考える
- ⑫ 今心配なことはありますか？(当てはまるものすべてに○をつけてください)
ない ・ 出産に関すること ・ お腹の子どものこと ・ 上の子どもの育児 ・ 夫(パートナー)との関係
あなたの父母のこと ・ 夫の父母のこと ・ 隣近所や親族との付き合い方
仕事のこと ・ 経済的なこと ・ その他()
- ⑬ あなた自身は、子どものころから愛情をうけて育ったという実感がありますか？
ある ・ なんとなくある ・ あまりない ・ ない
- ⑭ 出産前後に里帰りを予定していますか？ はい ・ いいえ
住所 _____ 様方
電話番号(連絡先) _____ 期間 年 月 ~ 年 月 頃

ご協力ありがとうございました