

母子健康手帳番号	
赤ちゃん訪問	母子保健推進員訪問

※下記の枠内にご記入ください

妊娠届出書

田辺市長 宛て

届出年月日（令和 年 月 日）		個人番号	
（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	
居住地	（〒 — ）	電話番号	（本人・パートナー その他（ ））
	田辺市	連絡の取れる 携帯番号	
医師又は助産師の 診断又は保健指導 を受けたとき	出産予定日	令和 年 月 日	妊娠 週数
	かかりつけの 産院・病院		性病に関する 健康診断の有無
	出産予定の 産院・病院		結核に関する 健康診断の有無
	特記事項（ ）		
今までにご出産の経験はありますか <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産（今回 回目）			
流産または中絶、死産などを経験したことがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回） <input type="checkbox"/> 体重が2,500g未満の子どもを出産した経験がある			
妊娠中に助産師等の訪問のご希望はありますか <input type="checkbox"/> はい			
※出産後ご自宅以外（里帰り）で過ごされる予定のある方は下記にご記入ください			
里帰り先住所	（ 様方）	電話番号	
滞在期間	月 日頃、自宅に戻る予定		
※田辺市では出産後に“こんにちは赤ちゃん訪問または未熟児の訪問指導”を実施しています、訪問をご了承いただける方は下記に署名をお願いいたします。 令和 年 月 日（署名.....）			

田辺市では出産、育児についてお手伝いできればと考えています。以下の質問にご協力ください

1. 現在、妊娠は順調ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（理由 ）
2. 今回の妊娠で気になることがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> つわりが重い <input type="checkbox"/> 流産／早産のおそれ <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）

裏面に続きます

3. 現在、治療中の病気はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> こころの病気 () <input type="checkbox"/> その他 () それはいつ頃からですか (..... 歳頃から)
4. 過去に治療していた病気はありますか (現在は治療していない) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> こころの病気 () <input type="checkbox"/> その他 () 【・治癒した ・治療中断 それはいつ頃ですか (..... 歳頃)】
5. この一年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
6. 最近、身近な方を亡くされた経験はありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (どなたが)
7. 喫煙について ・タバコを吸われますか <input type="checkbox"/> 吸わない (以前から) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (本/日 × 年) → いつやめましたか <input type="checkbox"/> 妊娠がわかる前 <input type="checkbox"/> 妊娠がわかってから 出産後も禁煙を <input type="checkbox"/> 続ける <input type="checkbox"/> 出産後吸うつもり <input type="checkbox"/> 吸っている (本/日) → 禁煙の希望が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
8. 同居の家族でタバコを吸われる方がいますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> その他 ()
9. 飲酒の習慣がありますか <input type="checkbox"/> はい (何を , どれくらい) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> やめた
10. 今回の妊娠についてどう感じていますか <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> ややうれしい <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> ややうれしくない <input type="checkbox"/> うれしくない
11. パートナーは妊娠についてどう感じていますか <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> ややうれしい <input type="checkbox"/> どちらとも言えない <input type="checkbox"/> ややうれしくない <input type="checkbox"/> うれしくない <input type="checkbox"/> わからない
12. 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」がありますか <input type="checkbox"/> 妊娠について () <input type="checkbox"/> 出産について <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 自分の身体のこと <input type="checkbox"/> 育児の仕方 <input type="checkbox"/> 夫婦 (パートナー) 関係のこと <input type="checkbox"/> 上の子どものこと <input type="checkbox"/> 家族関係のこと <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特にない
13. 妊娠や育児についての相談相手はいますか <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 兄弟、姉妹 <input type="checkbox"/> 夫の父母 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> 助産師、保健師、保育士 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 相談相手はいない
14. 出産後に家事や育児を手伝ってくれる人はいますか <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 兄弟、姉妹 <input type="checkbox"/> 夫の父母 <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 手伝ってくれる人はいない
15. 同居の家族を教えてください <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー) <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 夫の父母 <input type="checkbox"/> 兄弟、姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()

❖この届出の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外に市の母子保健施策の推進のために、統計的処理を行うことがあります。その場合に個人が特定されることはありません。また、統計的処理の結果は公表することがあります。

❖この届出書について、助産師や保健師などから様子をおうかがいすることがあります、ご了承ください。

❖ご質問にお答えいただきありがとうございます。