

# 妊娠届出書

海老名市長 殿

《個人番号(マイナンバー)利用の目的》

本届出による個人番号(マイナンバー)は、母子保健法施行規則に基づき収集管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児の訪問指導、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導等の母子保健法に基づく事業において使用します。

下記のとおり届け出ます。

母子健康手帳及び妊婦健康診査費用補助券等の交付を受けるにあたり、海老名市が個人番号、住民基本台帳等の個人情報を読み取り確認することを承諾します。

届出人氏名 妊婦との続柄( )

※太枠内をご記入ください		同居者: 夫(パートナー)・子(オ・オ)・その他( )		
母子健康手帳番号		届出年月日	令和 年 月 日	
届出場所	1. えびなこどもセンター 2. 市役所	種別	①. 交付 2. 再交付 3. 出生後 4. その他	
フリガナ		生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)	
妊婦氏名		妊婦の職業		
個人番号(マイナンバー)		連絡先	<連絡のつく連絡先を記入下さい>	
住所	(〒243-04 ) 海老名市		1 自宅 ( )	
		2 携帯 ( )		
		* 連絡のつきやすい時間帯( )		
フリガナ		生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)	
夫(パートナー)の氏名		夫の職業		
妊娠回数	1. 今回初めて 2. ( )回	早流産の有無	無・有	お子さんの人数と年齢: 人数: 人 年齢: 年
今までの出産回数	1. 初産 2. 経産 ( )回	出産予定日	令和 年 月 日 (現在 週)	* 予定日未定の場合: 最終月経日( 年 月 日)
出産する医療機関名		担当医師又は助産師氏名		
結核健診(今回の妊娠で)	1. 受診 2. 未受診 3. 不明	性病健診(今回の妊娠で)	1. 受診 2. 未受診 3. 不明	
既往歴	1. 無 2. 有【 高血圧、糖尿病、貧血、心臓病、妊娠高血圧症候群、精神的なこと、その他( ) 】			
飲酒について	1. 飲む 2. 飲まない (今回の妊娠を機にやめたも含む)			
喫煙について	1. 吸う 2. 吸わない (今回の妊娠を機にやめたも含む)			
身近にタバコを吸う方はいますか(同居者や職場等)	1. いない 2. いる → それは誰ですか( )何本位吸いますか( 本/日)			

※妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康のために、この届出書から、えびなこどもセンターの保健師・助産師、民生委員等が連絡・訪問等をさせていただく場合があります。

※裏面もご記入ください

市側記入	
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他( )
妊娠の確認の有無	<input type="checkbox"/> 有(医療機関名: ) <input type="checkbox"/> 無
給付金申請	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 郵送で提出 <input type="checkbox"/> 後日面接
外国籍の方のみ	主に使っている言語( 語) 日本語でのコミュニケーション→ できる ・ 日常会話 ・ やさしい日本語 ・ できない 日本語の読み書き→ できる ・ ひらがな、カタカナ ・ できない

# 育児に関するアンケート

このアンケートは、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため活用させていただきます。  
当てはまるものを○で囲み、記述欄にご記入ください。

1. 現在、身体の健康・心の健康について心配なことはありますか？

いいえ

はい →

2. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、医師から何か問題があると言われていましたか？

いいえ

はい →

3. これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか？

いいえ

はい →

流産 回、死産 回、その他( )

4. 今回の妊娠を知ったときのお気持ちはいかがでしたか？(1つに○)

- (1) とてもうれしかった (2) 予想外で驚いたがうれしかった (3) 予想外で驚き戸惑った  
(4) 困った (5) 特に何とも思わなかった

\* (3)～(5)とお答えの方は、その理由を教えてください。(例:3人目だから 仕事との両立が心配など)

5. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか？

いいえ

はい →

いつから…( 年 月 内容…( )

現状 { 治療中: カウンセリング、内服( )  
治療終了: 医師の指示(あり・なし) (終了した時期 年 月頃)

6. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。

- (1) 夫には何でも打ち明けることができますか？ はい いいえ 夫がいない  
(2) お母さんには何でも打ち明けることができますか？ はい いいえ 実母がいない  
(3) 夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？ はい いいえ

7. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？

いいえ

はい →

具体的に…

8. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？

はい

いいえ

9. 今回妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、重い病気になったり、事故にあったことがありましたか？

いいえ

はい

10. 妊娠中のお子さんの兄弟姉妹について心配事がありますか？(あてはまるものすべてに○)

兄弟姉妹はいない

いいえ

はい →

- (1) 赤ちゃん返り (2) 落ち着きがない (3) 他の子と遊べない  
(4) ことばの遅れ (5) 乱暴・かんしゃく (6) その他( )

11. その他、相談したいことはありますか？

いいえ

はい →

\* 里帰りの予定:(時期 ~ まで。場所 ) 受付者( )

\* 転出予定 :無・有(時期 場所 )

\* 面接:済□ 未□ \* 入力:済□未□ 面接者( )

※以下窓口で記入

下記の項目について説明を受け、交付されたことについて確認しました。

・妊婦健康診査費用補助券 ・産婦健康診査費用補助券 ・新生児聴覚検査費用補助券 ・1か月児健康診査費用補助券  
・妊婦歯科健康診査受診券 ・先天性代謝異常等検査申込書 ・出生連絡票

年 月 日 本人 氏名(自署)