

記入例

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

個人番号（マイナンバー）を記入してください

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

# 妊娠届出書

番号確認

身元確認

( 本人  代理人)

- 母子健康手帳交付のため、個人番号のわかるカードと身元を確認できるものをお持ちください。
- 消せないボールペンで太枠内をご記入ください。裏面のアンケートもご記入ください。

ふりがな				生年月日	(西暦で記入してください)				
妊婦氏名				□ □ □ □	年	□ □	月	□ □	日
	年 齢	歳	職 業						
住 所	姫路市								
夫・パートナー氏名				夫・パートナー年 齢	歳	夫・パートナー職 業			
自宅電話（数字のみ、-は記入しないでください）				妊婦携帯電話（数字のみ、-は記入しないでください）					
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □				□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
妊娠の診断を受けた医療機関及び医師または助産師の氏名	医療機関名				妊娠週数	現在 週( か月)			
	医師名または助産師名				妊娠回数 (流産・死産・中絶含む)	今回を含め 回			
					お子さまの人数 (現在の妊娠は含みません)	人			
妊娠してから受けた検査にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 梅毒血清反応	<input type="checkbox"/> B型肝炎抗体検査	分娩予定日（西暦で記入してください）						
	<input type="checkbox"/> 結核検査	<input type="checkbox"/> 風疹抗体検査	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □						
現在 ご本人はタバコを吸っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	⇒ タバコを吸っていたことがありますか (はい・いいえ)							
	<input type="checkbox"/> はい	⇒ 同居のご家族はタバコを吸っていますか (はい・いいえ)							
現在 ご本人はアルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ	⇒ ( )本/日くらい							
	<input type="checkbox"/> はい	はいの場合 ( )本・合/日くらい ⇒ 種類 ( )							
(宛先) 姫路市長				上記のとおり届け出ます。					
届出日（西暦で記入してください）				届出人氏名					
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □				□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □				(妊婦との続柄) ( )					
【代理人が届け出る場合】	私は上記の者に対し、母子健康手帳の交付申請のために、姫路市に個人番号を提供する権限を委任します。								
委任状欄	(西暦) 年 月 日 妊婦氏名								

- この届出にかかる情報及び裏面のアンケートの内容は、姫路市で管理し健康支援以外の目的では使用しません。なお、個人番号については、番号法に基づく事務に限り使用します。

多胎券交付済  コピー済

窓口担当記入欄	面接・相談内容	本人面接	<input type="checkbox"/> あり(同席者: ) <input type="checkbox"/> なし( )	
		支 援	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5	□ 6 □ 7 □ 8 □ 9
		結 果	□	担当者
健管番号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		母子健康手帳番号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		

※外国語版 ( ) 語

姫路市では、妊娠中より健康に過ごしていただくために、保健師等による健康相談を実施しています。  
下記について、当てはまる項目に○をつけて記入してください。

※母子健康手帳交付時に健康相談を受けられない場合は、後日、連絡させていただくことがあります。

## 1. 今回の妊娠・出産について

1) 妊娠がわかったときの気持ちで一番近い気持ちはどれですか (□に☑をしてください)

- うれしかった                       驚いたがうれしかった  
 予想外で戸惑った                       困った                       特に何も思わなかった

2) 現在の妊娠経過は

正常 ・ 妊娠高血圧症候群 ・ 習慣性流産 ・ 切迫流早産 ・ 貧血 ・ 多胎 ・ その他[                      ]

3) 治療中の病気はありますか

なし ・ あり ⇒ (病名:                      ), 薬を飲んでいますか (いいえ ・ はい)

4) 出産する医療機関は決まっていますか (いいえ ・ はい ⇒医療機関名:                      )

5) 里帰り出産をする予定がありますか (いいえ ・ はい ⇒里 帰 り 先:                      )

6) 妊娠中に市外に引っ越す予定はありますか (いいえ ・ はい )

※妊婦健診費用の払い戻し手続きの説明   
※転出時の注意事項の説明

## 2. 今までに病気で治療を受けたことがありますか

なし ・ あり ⇒ (病名:                      )

## 3. 今までに、精神的なことで心療内科、精神科等に相談や受診をしたことがありますか

なし ・ あり ⇒ (                      )

## 4. 過去の妊娠・出産について

1) 過去の妊娠経験で次のようなことがありましたか

特になし ・ 妊娠高血圧症候群 ・ 習慣性流産 ・ 切迫流早産 ・ 貧血 ・ 多胎 ・ その他[                      ]

2) 過去の分娩経過で次のようなことがありましたか

特になし ・ 帝王切開 ・ 骨盤位 ・ 早産 ・ 吸引・鉗子 ・ その他[                      ]

3) 生まれたお子さまは (健康 ・ 未熟児 ・ その他[                      ])

## 5. 妊娠中や産後に相談できる人はいますか【複数回答可】 (□に☑をしてください)

いいえ    はい ⇒  夫・パートナー    実父    実母    義父    義母  
 兄弟姉妹    友人    その他[                      ]

## 6. 産後、育児に協力してもらえる人はいますか【複数回答可】 (□に☑をしてください)

いいえ    はい ⇒  夫・パートナー    実父    実母    義父    義母  
 兄弟姉妹    友人    その他[                      ]

## 7. 現在、心配なことがありますか【複数回答可】 (□に☑をしてください)

いいえ    はい ⇒  ご自身の身体面のこと    ご自身の精神面のこと  
 妊娠経過について    おなかの赤ちゃんのこと  
 出産について    出産後の生活について  
 上の子の育児について    夫・パートナーとの関係  
 仕事について    経済的なこと  
 その他[                      ]