

姫路市の母子健康手帳交付場所は
保健センター、保健センター分室
です。交付日時等、詳細はこちら→



個人番号（マイナンバー）を記入してください

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

妊娠届出書

- 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。

- 個人番号確認
身元確認
本人 代理人

ふりがな 妊婦氏名	（西暦で記入してください） 生年月日 □□□□年□□月□□日	
	年 齢	歳 職 業
住 所	姫路市	
夫・パートナー氏名	年 齢	職 業
	歳	携 帯 電 話
	-	-
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
	医師名または助産師名	現 在 週（ か月）
		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 <input type="checkbox"/> 結核検査 <input type="checkbox"/> 風疹抗体検査	分娩予定日（西暦で記入してください） 2 0 □□年□□月□□日
現在 ご本人はタバコを吸っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> は い	⇒ タバコを吸っていたことがありますか（はい・いいえ） ⇒ 同居のご家族はタバコを吸っていますか（はい・いいえ） ⇒ はいの場合（ ）本/日くらい
現在 ご本人はアルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <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） 2 0 □□年□□月□□日		届出人氏名 （妊婦との続柄） （連絡先）
[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	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
		結 果	<input type="checkbox"/> 担当者
	健管番号 □□□□□□□□	母子健康手帳番号	2 0 □□□□□□□□

※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)

7) 家島町に里帰り予定または在住していますか (いいえ ・ はい)

窓口担当記入欄

- | | |
|------------------|--------------------------|
| ※払い戻し手続きの説明 | <input type="checkbox"/> |
| ※転出時の注意事項の説明 | <input type="checkbox"/> |
| ※難産妊産婦交通費助成制度の説明 | <input type="checkbox"/> |

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[]