

個人番号 (マイナンバー)	— —	個人番号確認書類等をお持ちでない場合は、ご署名ください。 諫早市長が個人番号の閲覧、記載等を行うことに同意します。 氏名
------------------	-----	--

(個人番号は、母子保健法による妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導、保健指導、新生児の訪問指導、健康診査に関する事務で使用します)

母子健康手帳交付年月日

年 月 日

交付番号 —

妊娠届 太枠内を記入ください					
フリガナ		生年月日	昭和・平成	職業	
妊婦氏名			年 月 日 () 歳		
フリガナ		生年月日	昭和・平成	職業	
配偶者氏名 (子の父)			年 月 日 () 歳		
住 所	諫早市				
電話番号	電話				(妊婦本人・自宅)
妊娠週数	週 () 月		妊娠の診断を		
出産予定日	年 月 日		受けた医療機関		
妊婦健診	県外の産婦人科、助産院の受診予定がありますか (はい ・ いいえ)				
性病に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない	結核に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない	多胎児 ですか	いいえ はい () 人
上記のとおり届出いたします。 年 月 日 諫早市長 様 届出者 氏名					
母子保健推進員からの連絡や訪問について 可 ・ 否					

妊婦健康診査等について必要に応じ医療機関と連絡をとらせていただくことがあります。

諫早市では、お母さんとお子さんが安心して生活できるように妊婦・乳児の訪問指導・母子健診・健康教育・予防接種事業など様々な保健事業を行っています。

子育て支援をより効果的にするために、下記の項目にご記入ください。

1. これまでの分娩回数は、() 回、流産したことがありますか	ある () 回) なし
2. 同居している家族は	() 人 夫又はパートナー こども 実父母 義父母 その他 ()
3. 妊娠を知ったときはどのような気持ちでしたか	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> ややうれしい <input type="checkbox"/> あまりうれしくない <input type="checkbox"/> うれしくない
4. 夫又はパートナーの方は妊娠について どのような反応でしたか	<input type="checkbox"/> 喜んでいる <input type="checkbox"/> やや喜んでいる <input type="checkbox"/> あまり喜んでいない <input type="checkbox"/> 喜んでいない
5. 妊娠、出産、育児について相談できる人は いますか	<input type="checkbox"/> はい (夫又はパートナー 実父母 義父母 兄弟姉妹 友人 その他：()) <input type="checkbox"/> いいえ

裏面もご記入ください

6. 家事、育児に協力してくれる人はいますか はい
いいえ
 (夫又はパートナー 実父母 義父母 兄弟姉妹 友人
 その他：())
7. 里帰りはする予定ですか (市内含む) はい (産後 か月頃まで) いいえ 未定
 住所： (様方)
 電話：
8. たばこを吸いますか いいえ はい (本/日)
9. ご家族はたばこを吸いますか いいえ はい (続柄： 本/日)
10. アルコールを飲みますか いいえ はい ()
11. 今までかかった病気や現在治療中の病気はありますか いいえ
はい (過去にかかった：○、現在治療中：◎)
 (喘息 貧血 高血圧 腎臓病 糖尿病 婦人科疾患
 メンタル面 その他：())
12. 不妊治療の有無 なし あり
13. 現在心配なこと、相談したいことはありますか なし
あり
 (a 自身の健康 b 妊娠中のこと c 家族の健康 d 家事・仕事
 e 経済面 (出産・育児費用) f 相談者・協力者がいない
 g パートナーとの関係 h 育児 i 出産・入院中の子どもの世話
 j その他：())

14. これまでの妊娠、出産についてご記入ください

出産年月	出生時体重	分娩様式	妊娠・出産・産後の経過	この子に関する相談
年 月	g	経膈分娩 帝王切開	在胎週数 (週) 貧血 切迫早産 マタニティブルーズ その他 ()	
年 月	g	経膈分娩 帝王切開	在胎週数 (週) 貧血 切迫早産 マタニティブルーズ その他 ()	
年 月	g	経膈分娩 帝王切開	在胎週数 (週) 貧血 切迫早産 マタニティブルーズ その他 ()	
年 月	g	経膈分娩 帝王切開	在胎週数 (週) 貧血 切迫早産 マタニティブルーズ その他 ()	
年 月	g	経膈分娩 帝王切開	在胎週数 (週) 貧血 切迫早産 マタニティブルーズ その他 ()	
年 月	g	経膈分娩 帝王切開	在胎週数 (週) 貧血 切迫早産 マタニティブルーズ その他 ()	

母子保健事業に関する同意書

妊娠・出産期・乳幼児期における適切な支援が受けられるよう個人情報を使用し関係する機関(者)に情報提供を行い、または関係する機関(者)から情報提供を受けることに同意します。

氏名(自署)

交付者：