

妊 娠 届 出 書

【標準様式】

届出年月日 令和 年 月 日

南城市長殿

母子保健法第15条の規定に基づき次のとおり届け出ます。

届出者氏名： (続柄: )

※代理人の場合

住 所：

連絡先：

		マイナンバー																			
		親子健康手帳番号 (母子健康手帳)		4	7	2	1	5	-	2	0										
(ふりがな)			生年月日		職業																
妊婦氏名	出身地：市町 村名 ( )		S・H 年 月 日 ( 歳)		職業名： ①常勤(正規・契約・派遣) ②パート・アルバイト・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生( ) ⑤主婦 ⑥無職 ⑦その他( )																
(ふりがな)			生年月日		職業																
夫氏名 (パートナー)	出身地：市町 村名 ( )		S・H 年 月 日 ( 歳)		職業名： ①常勤(正規・契約・派遣) ②パート・アルバイト・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生( ) ⑤主婦 ⑥無職 ⑦その他( )																
居住地	(〒 901- ) 南城市				電 話																
	携帯電話																				
転居の予定	①いいえ ②あり(県内：市町村名 ・ 県外 ・ 国外) ③検討中																				
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	この妊娠の初診年月日		年 月 日		妊娠週数 満 週 ( か月)																
	分娩予定日		年 月 日		今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無		①受けた ②受けていない														
	特記事項		①単胎 ②多胎( 胎)		今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無		①受けた ②受けていない														
	医療機関等の所在地・名称・ 医師又は助産師名				第 子		健康保険等の種類		①社保 ②国保 ③生活保護 ④その他( )												
出産予定の医療機関等の所在地・名称・ 医師又は助産師名																					

- ・この届出書から妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を支援するため、市町村と医療機関等で情報共有を図り、保健師や医療機関等から連絡・訪問をさせていただく場合があります。ご了承ください。
- ・プライバシーの保護には十分留意します。
- ・お住まいの市町村や沖縄県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや沖縄県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する事があります。

# 親子健康手帳交付時間診票

親子健康手帳番号	4	7	2	1	5	-	2	0		-		-		-	
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	--	---	--	---	--

氏名 \_\_\_\_\_

❖あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。  
 ついては、下記のことについて教えてください。

1 現在の体調はいかがですか。	① よい ② よくない：つわり・お腹の張り・出血・むくみ・ 睡眠不足・疲労感・腰痛・乳房の張りや痛み その他 ( )
2 これまでお産の経験はありますか。	① 初産      ② 経産 ( 出産回数      回 ) 第1子 (      週      g )    第2子 (      週      g ) 第3子 (      週      g )    第4子 (      週      g )
3 流産・早産等を経験を経験したことがありますか。	①なし ②あり ( 流産      回・早産      回・死産      回・ 中絶      回・1年未満の乳児死亡      回 )
4 これまでの妊娠・出産について教えてください。(複数回答)	①特に問題なし    ②つわりがひどい    ③多胎 (双子など) ④貧血      ⑤妊娠糖尿病      ⑥妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症) ⑦赤ちゃんの体重2500g 未満    ⑧赤ちゃんの体重4000g 以上 ⑨マタニティーブルー、気分の落ち込み、イライラ ⑩その他 ( )
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった    ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った    ④困った    ⑤何とも思わない
6 里帰りの予定はありますか。	①いいえ    ②はい (里帰り先      ) (期間      )
7 あなたの家族構成 (同居者) について教えてください。	同居家族 (      ) 人 内訳 ( 本人・夫 (パートナー)・子ども (      ) 人 その他 (      ) 人 ) ステップファミリー
8 困った時に助けてくれる人はいますか。(複数回答)	①いる → 夫 (パートナー)・実父母・きょうだい・義父母 ②いない 友人・その他 ( )
9 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。(複数回答)	①なし    ②あり→ ア 妊娠・出産について イ 経済的なこと ウ 就労 (お仕事) について エ 自分の身体のこと オ 夫婦 (パートナー) 関係のこと カ 家族関係のこと キ 育児の仕方 ク その他 ( )
10 経済状況について教えてください。	①現在の暮らしを総合的に見て、どう感じていますか。 ア 大変ゆとりがある      イ ややゆとりがある ウ ふつう      エ やや苦しい      オ 大変苦しい  ②世帯収入 (年収) について ア 126万円未満 (月収10万円未満) イ 126～240万円未満 (月収約10～20万円未満) ウ 240万円以上 (月収20万円以上) エ わからない
11 あなた (妊婦) は現在、タバコを吸っていますか。(〇はひとつ)	①吸ったことがない ②妊娠前に禁煙した ③妊娠がわかってから禁煙した ④喫煙している (1日の本数      本) →②③④と回答した方へ、何歳から吸いましたか。(      ) 歳



裏面にも問診票の続きがありますので、よろしくお願ひします。

1 2 (現在喫煙中の方へ) あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか。	①関心がない ②関心があるが今後3か月以内に禁煙しようとは考えていない ③関心があるがこの1か月以内に禁煙する考えはない ④この1か月以内に禁煙しようと考えている ※過去に禁煙したことがある ア はい イ いいえ
1 3 同居人またはパートナーは現在、タバコを吸っていますか。	①吸っていない ②吸っている →同居者又はパートナーに禁煙してほしいと思っていますか ①はい ②いいえ ③どちらでもない
1 4 あなた(妊婦)は現在、お酒を飲みますか。	①飲んだことがない(ほとんど飲まない) ②妊娠前にやめた ③妊娠がわかってやめた ④お酒を飲んでいる( ) 回/週 →お酒を飲んでいる方へ、 1回の飲酒で何をどのくらい飲みますか( )
1 5 これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	①なし ②あり→心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・うつ病 躁うつ病・統合失調症・不安障害・パニック障害・ 発達障害・その他( ) ※それはいつ頃ですか:( ) 歳頃)・現在治療中 ※手帳の有無( 身体 ・ 精神 ・ 療育 ) ● 家族歴 なし あり(糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病 その他( )
1 6 この1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。	①はい ②いいえ
1 7 妊娠前の身長、体重、BMIを教えてください ※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	身長( ) cm 妊娠前体重( ) kg BMI( )
1 8 これまでにダイエットのため、食事を制限して、BMI 18.5未満になったことがありますか。 例: 身長150cm 体重42kg BMIは18.7	ダイエットの経験 あり ・ なし ありの場合: 食事制限によるBMI18.5未満の確認 ①はい その当時の体重( ) kg BMI( ) ②いいえ
1 9 最近1年間、朝食の摂取時に、どの程度炭水化物・蛋白質・野菜をそろえて食べていましたか。	①毎日 ②週に4~6回 ③週に2~3回 ④週1回以下か無し
2 0 南城市では正常なお産にむけて、妊婦検診結果の味方や体重の増え方、週数にあった食事量について妊婦教室(マタニティ教室)を予定しています。ハガキでの案内通知をしてもよいですか。	①はい ②いいえ

- ・この問診票から妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を支援するため、市町村と医療機関等で情報共有を図り保健師や医療機関等から連絡・訪問させていただく場合があります。ご了承ください。
- ・プライバシーの保護には十分に留意します。
- ・お住まいの市町村や沖縄県の母子保健施策の推進のために統計的な処理を行うことや沖縄県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する事があります。

～ ～ ～ ～ ご協力ありがとうございました。 ～ ～ ～ ～

母子手帳の活用 妊産婦健診について 体重増加について 養育支援事業について その他

本人との面談 有・無 代理( )

他機関への情報提供 無・有( )

面談者:

地区担当: