妊 娠 届 出 書

※太枠の中を記入してください。

届 出 年 月 日 令和 年 月 日		母子健康手帳交付番号 (交付日) 日本語版 前市町村: (. .) 外国語版 牛久市: (. .) (語)		コード
フリガナ 氏 名		生年月日・年齢	職業	電話番号
妊 婦	S 年 月 日生 H (歳)			自宅 携帯電話
	妊婦個人番号			
夫 または パートナー	S 年 月 日生 H (歳)			携帯電話
妊 婦 の 現 住 所	牛久市			
夫(パートナー)の現住所 *妊婦と異なる場合のみ記入				
入 籍 に つ い て	入籍済 ・ 入籍予定 (年 月) ・ 入籍予定なし			
出 産 予 定 日	令和 年 月 日			
妊 娠 週 数	妊 娠 週			
※妊娠 14 週以降の方はお答えください	妊娠届出が本日になった理由に○をつけてください。 ・時間がなかった ・体調が悪かった ・届出方法がわからなかった ・妊娠に気づけなかった ・婚姻や転入手続きを待っていた ・忘れていた ・その他 ()			
妊 娠 を 診 断 し た 医 療 機 関		医 療 機 関 住 所		
診 断 し た 医 師 名		多胎の確認	単胎 ・ 多胎 (双胎 ・ 品胎)	
胎 児 心 拍 の 確 認	あり ・ なし	☐ 妊婦のための支援給付を受ける資格を有することの申告と認定の申請 (☑を入れる)		
出 産 予 定 医 療 機 関	上記と同じ	上記と異なる→ 県内 ・ 県外 医療機関名:		
出 産 後 の 里 帰 り	無 ・ 有	里帰り先住所	都道府県	市区町村
既 往 病 歴	1. あてはまるものに○をつけてください。 性病・糖尿病・心臓病・腎臓病・婦人科疾患・甲状腺疾患・その他() 2. 今までにカウンセリングや心療内科または精神科を受診したことはありますか。 いいえ・はい ある場合(病名) 受診開始時期(年 月頃から) 現在も通院していますか。(はい・いいえ) 現在内服していますか。(はい・いいえ) 3. ここ1年間に、うつ状態(不眠・イライラする・涙ぐみやすい・何もやる気がしない・食欲不振・精神 症状がある など)が2週間以上続いたことがありますか。 いいえ・はい			
妊 娠 歴	今回の妊娠は (初回 ・ 回目)			
ア ル コ ー ル タ バ コ	妊娠してからアルコールを飲みますか。 いいえ・はい・時々(週 回) あなたはタバコを吸いますか。 いいえ・はい(本/日) 禁煙希望 あり・なし 同居の家族はタバコを吸いますか。 いいえ・はい(本/日) 禁煙希望 あり・なし			
上記のとおり届け出をします。また、届出に際し出産子育て支援のために関係機関への情報提供について同意します。 年 月 日 牛久市長 殿 届出者名				

市記入欄				
【健診票発行】	14回すべて・()回以降・多胎妊婦15回～20回発行			基本情報登録
【キッズカード】	有・無	【乳がんエコー利用券(30歳以上)】	発行済()ダブルチェック()	帳票出力登録