

# 転入妊婦届出書

(宛先) 流山市長

届出日 令和 年 月 日

フリガナ 妊婦氏名		生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	妊婦の国籍 (外国籍の方)		
妊婦の居住地	(〒270-01 ) 流山市	職業 (職種)		雇用 形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
今の住所の居住歴	S・H・R 年 月 ~	勤務地			転居予定 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 月頃) <input type="checkbox"/> 未定	
妊婦の 電話番号	( )	婚姻 状況	<input type="checkbox"/> 入籍済み ( 年 月) <input type="checkbox"/> 今後入籍予定 ( 年 月) <input type="checkbox"/> 入籍予定なし <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 再婚			
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者			
次のものをお持ち又は 利用中ですか	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当					
パートナー (胎児の父)	フリガナ 氏名	生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	雇用 形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	居住地	<input type="checkbox"/> 妊婦と同じ	職業 (職種)			勤務地
	パートナーの 電話番号	( )	勤務時間	~	休日	土・日・祝・不定休 その他 ( )
診断を受けた 病院・施設名	( 市・区・町・村)					
妊婦健診を 受けている病院	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 他院 ( ) ( 市・区・町・村)					
出産予定病院	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 他院 ( ) ( 市・区・町・村)					
今回の妊娠に ついて	分娩予定日	令和 年 月 日	現在の 妊娠週数	週	不妊治療 の有無	無・有 (治療期間 年)
	初診日	令和 年 月 日	医療機関で性病検査(血液検査)を受けましたか			受けた・受けていない
			1年以内に結核検査(胸部X線検査)を受けましたか			受けた・受けていない
妊娠・分娩歴	(今回を含む) 妊娠回数	回	分娩回数	回	初産年齢	歳
過去の出産歴	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 早産 週 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
流産・死産	無・有 (流産 回・人工妊娠中絶 回・死産 回)					
家族構成 (妊婦・パート ナー以外の 同居家族)	続柄	氏名	(和暦) 生年月日	所属(学校名等)	健康状態	備考(第4子以降など)
			年 月 日		健・病 ( )	
			年 月 日		健・病 ( )	
既往歴	無・有	現在治療中 ( 年頃~)・現在異常なし(治療終了・寛解)・治療中断 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 精神疾患・心の病気 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
喫煙経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠してから禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙していたが現在はやめた ( 年前) <input type="checkbox"/> 喫煙している( 本/日)					
同居者の喫煙有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(どなた: )					
飲酒の状況	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠してから禁酒 <input type="checkbox"/> 飲んでいる(週に[ ]日・種類[ ]・量[ ml])					

市では、妊婦さんご家族の健康を願うとともに、安心して健やかな出産、子育てのために、必要な支援を行います。  
そのために、妊娠・出産に関する質問にお答えください。  
なお、児童福祉法に基づき、関係機関等と妊娠届出書及びアンケートの内容情報を共有する場合があります。  
個人情報として厳重に取り扱い、上記の目的以外に使用いたしません。

以下については妊婦さん自身をご記入ください

1. 妊娠に気付いたのはいつ頃ですか	令和 年 月 日頃 妊娠 週頃			
2. 妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか 一番近いもの1つに○をつけてください	望んでいたの うれしい	予定外だが うれしい	どうしたらいいか 分からず困った	これから先の 不安が大きい
	育てる 自信がない	特に何も 感じなかった	その他 ( )	
3. 今の気持ちを表すとしたら、右のどの表情ですか ☆②、③、④、⑤の表情を選んだ方は理由を記入してください				
4. 今回の妊娠中に、お腹の赤ちゃんや自分の体（既往歴等） について、医師から何か問題があるとされていますか	いいえ	はい ( )		
5. これまでに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラー や精神科医または心療内科医に相談したことがありますか	いいえ	はい 症状：( ) 時期： 年頃 診断名 ( ) 医療機関名 ( ) 現在： 寛解 ・ 治療中 ・ 治療中断 内服： 無 ・ 有 ( ) カウンセリング： 無 ・ 有		
6. 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、 あるいは絶望的になってしばしば悩まされたことはありますか	いいえ		はい	
7. 1年以内に家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や 親しい方が重い病気になったり、事故にあったことはありますか	いいえ	はい 年 月頃・どなたが ( )		
8. 夫・パートナーには何でも打ち明けることができますか	できる	まあまあ できる	どちらとも いえない	あまり できない
9. お母さんには何でも打ち明けることができますか	できる	まあまあ できる	どちらとも いえない	あまり できない
10. 夫・パートナーやお母さんの他にも相談できる人がいますか	はい (どなた： )		いいえ	
11. 妊娠中や、出産後に支援、協力してくれる人がいますか	はい (どなた： )		いいえ	
12. 実家はどこですか	あなた ( 都道府県 市区町村 )		夫・パートナー ( 都道府県 市区町村 )	
13. 出産後～1か月間くらいをどこで過ごされる予定ですか	里帰り・自宅・有料の施設 ( ) ・ 未定			
14. あなた自身は、子供の頃から愛情を受けて育ったという実 感がありますか	ある	なんとなく ある	どちらとも いえない	あまり ない
15. (現在お子さんをお持ちの方) 子育てに困難を感じていますか	いいえ	はい (理由： )		
16. あなたは現在お仕事をしていますか また、産後はどのような予定ですか	はい		いいえ	
17. 妊娠・出産・育児に対し相談したいこと・聞いておきたいこと・ 不安なことはありますか (あてはまるものにいくつでも○)	いいえ	はい		
		産休・育休取得し 仕事を続ける予定	妊娠・出産を機 に退職の予定	未定
18. 児が無戸籍になるおそれがある ※離婚後300日以内に出生した場合や婚姻中に他のパートナーとの子を出産した場合(前) 夫の子どもとして戸籍が作られることになります。出生届を提出しなければ、無戸籍となります。	いいえ		はい	
19. 妊娠中、母親学級を受けようと思えますか ※市で行う『ハローベビー』は第1子妊娠の方が対象です	はい (市・医療機関・その他)		いいえ	
平日8時半～17時の間のお電話がつながりやすい時間・曜日	月・火・水・木・金 時間： ( ) 時～ ( ) 時			

流山市 記入欄	【1点証明】免・住カ(写付)・旅・在カ・身障・運経・その他 ( )
	【2点証明】保・年手(証)・住カ(写無)・学証・身証(写付)・聴聞・その他 ( )
	妊婦の個人番号提示 (有・無)、外国語版 ( )、多胎
	母子手帳別冊 NO (転 ) 届出場所：保健センター・おおたか・南流山・その他 ( )