

# 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 ( )	
			勤務地				
妊婦の 電話番号	( )		転居 予定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 月頃) <input type="checkbox"/> 未定			
妊婦の メールアドレス			婚姻 状況	<input type="checkbox"/> 再婚 ( 年 月) <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			
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)		
	居住地	<input type="checkbox"/> 妊婦と同じ		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 ( )	
	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 ( )
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> パートナー(胎児の父) <input type="checkbox"/> その他: 氏名 ( ) 続柄 ( ) 連絡先 ( )						
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 ( )						
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)			胎児の数	( )人(胎)		
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(妊娠2週未満) 回	人工妊娠中絶 回	死産(妊娠2週以降) 回			
家族構成	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)	
(妊婦・パート ナー以外の 同居家族)			年 月 日		健・病 ( )		
			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、妊婦さんと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、関係機関等と妊婦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。

流山市記入欄 母子手帳別冊 NO. (転 )・多胎 届出場所: 保健センター・おおたか・南流山・その他 ( )

【1点証明】免・マイナ・旅・在力(期限: 年 月 日)・身障・運経・その他 ( )

【2点証明】保・年手(証)・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】

南・保 月 代理

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. これまでに保健センター等の相談窓口を利用したことはありま すか	いいえ	はい（内容： ( )		
6. 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		
7. 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（理由 ( )		
8. 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 ( )		
9. 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
10. 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
11. 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	
12. 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	
13. 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)	
14. 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			
15. 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
16. (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： ( )		
17. 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
	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. 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		
		1. 母子保健・子育て支援サービスについて 2. 妊娠経過・胎児について 3. 出産後の育児について 4. 夫婦間トラブル ( ) 5. 経済面 ( 出産費用 ・ 借金 ・ 衣食住 ) 6. その他 ( )		
19. 児が無戸籍になるおそれがある ※離婚後300日以内に出産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となります。出生届を提出しなければ、無戸籍となります。	いいえ		はい	
20. 妊娠中、母親学級を受けようと思いますか ※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			

