

妊 娠 届 出 書

市町村 5 年保管

※太線の枠内を記入してください。

マイナンバー制度の施行に伴い、妊娠届出書にマイナンバーの記入が必要になります。
 なお、マイナンバーについては、番号法に基づく事務に限り使用します。

母子健康手帳交付番号

号

ふりがな 妊婦氏名 (Pregnant woman full name)	年齢 (Age)	才	生年月日 (Date of birth)	S H	年 月 日生	職業 (Occupation)	
	マイナンバー (My-number)					番号確認 (本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/>)	
夫または パートナー氏名 (Partner full name)	年齢 (Age)	才	生年月日 (Date of birth)	S H	年 月 日生	職業 (Occupation)	
住 所 (Address)	戸田市					Nationality (国籍) ※外国人妊婦のみ	住基 確認
電 話 番 号 (Phone No.)	妊婦さんと連絡 できる電話番号						
出産予定日 (Expected date of delivery)	平成 年 月 日	診断を受けた 医療機関名	病院				
	(現在の妊娠週数) 週	出 産 予 定 医療機関名	都道府県	市区町村 病院			
性病に関する健康診断	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	結核に関する健康診断	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない				
今回の妊娠回数	回目	今までの出産回数	回				
上記届け出いたします。							
<input type="checkbox"/> マイナンバーが記入できないため、マイナンバーを市側が確認することに同意します。 (マイナンバーを記入できないときはチェック☑をつけてください。)							
平成 年 月 日	(窓口に来所した人) 代理人の場合は委任状が必要になります。					(妊婦との続柄)	
戸 田 市 長 あて	届出人氏名 (Name)					<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()	

ご妊娠おめでとうございます。戸田市では、安心して妊娠・出産・子育てができますよう、切れ目ない体制でお手伝いをいたします。お母さんと生まれてくる赤ちゃんが健康で過ごせるよう、現在の体調やお気持ちをお聞かせください。
 なお、出産・子育て支援以外の目的では使用しませんが、関係機関と情報共有させていただく場合もありますので、ご了承ください。保健サービスのご案内等で、福祉保健センターの保健師からご連絡させていただく場合があります。ご協力お願いいたします。(妊婦さんご本人がご記入ください。)

- 今回の妊娠がわかったときのお気持ちはいかがでしたか。
うれしかった 困った 予想外で驚いた 戸惑った 不安 その他()
- 現在までの妊娠経過は順調ですか。
はい いいえ()
- 現在治療中または今までにかかった病気はありますか。
なし あり ⇒ いつ頃(期間 ~) 病名()
- こころの問題で、現在または今までにどこかに相談や受診したことがありますか。
なし あり ⇒ いつ頃(期間 ~) どんな症状()
- 妊娠中から出産後にかけて、相談や援助をしてくれる人はいますか。
いない
いる ⇒ 夫(パートナー) 実父母 義父母 兄弟姉妹 友人 その他()
- 現在アルコールは飲みますか。
飲まない 妊娠してやめた 飲む(量: を、頻度: 回/週)
- 現在たばこを吸いますか。
吸わない 妊娠してやめた 吸う(本/日)
- 相談したいことはありますか。
なし あり ⇒ 妊娠・出産のこと 夫(パートナー)のこと 上の子のこと
経済的なこと その他()
 面談希望の有無 ⇒ あり なし

妊婦本人署名

戸田市福祉保健センター 親子保健担当 TEL 048-446-6491

妊娠中や産後の心配事について、ご相談できます。お気軽に福祉保健センターまでご連絡ください。