

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 S H | 生年月日 (Date of birth) 年 月 日生 | 職業 (Occupation) |
| 夫または パートナー氏名 (Partner full name) | 年齢 (Age) 才 S H | 生年月日 (Date of birth) 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) | 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 | 医師・助産師名 | 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。) | | | |
| 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。ご協力をお願いいたします。(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 ~) どのような症状 ()
- 今回の妊娠で不妊治療はしましたか。
はい いいえ
- 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。

妊娠届出書

記入見本

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) | とだ はなこ 戸田 花子 | 年齢 (Age) 33才 | 生年月日 (Date of birth) 60年 7月 8日生 | 職業 (Occupation) 主婦 | |
| 夫または パートナー氏名 (Partner full name) | とだ たろう 戸田 太郎 | 年齢 (Age) 33才 | 生年月日 (Date of birth) 60年 9月 5日生 | 職業 (Occupation) 会社員 | |
| 住 所 (Address) | 戸田市 大字上戸田5番地6 | | | 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 090-0000-XXXX | | | 中国 | |
| 出産予定日 (Expected date of delivery) | 令和元年 10月 20日 | 診断を受けた 医療機関名 | 〇〇産院 | 病院 | |
| | (現在の妊娠週数) 11週 | 出産予定 医療機関名 | 神奈川 都道府県 | 横浜 | 市区町村 |
| | | | △△産婦人科 | 病院 | |
| 性病に関する健康診断 | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない | | |
| 今回の妊娠回数 | 1回目 | 今までの出産回数 | 0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。) | | | | | |
| 令和元年 5月 2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 checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | | 戸 田 花 子 | | | |

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。ご協力をお願いいたします。(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 (出血があり、安静が必要と医師から言われている。)
- 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 (期間平成27年10月頃 ~ 現在) どんな症状 (うつ病)
- 今回の妊娠で不妊治療はしましたか。
はい いいえ
- 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

戸田花子

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。