

妊 娠 届

*妊婦以外の方が申請に来所される場合、下記の委任状を記入ください。

私は、妊娠届および妊娠判定（該当者のみ）の申請について、次の者（申請者）に委任します。		年 月 日
氏名	妊婦との関係（ ）	
妊婦氏名	印	

大和高田市では、妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、妊娠中の健康状況やご家族の状況をお伺いします。安心して出産・子育てができるよう妊娠中から応援していきたいと考えていますので、ご協力お願いいたします。

ふりがな	生年月日	年齢	【届出日】	年 月 日
妊婦氏名		歳	職業	健康保険証の種類
夫（パートナー）氏名	住民票→市内・市外	歳	無・有内容	1.国民健康保険 2.会社の保険/共済組合/船員保険/その他 3.生活保護 4.なし
住所	住民票のあるところ：大和高田市 住んでいるところ（住民票と異なるとき） 引越予定【無・有】有の場合 住所 時期（未定・月頃）			夫（パートナー）の健康状態 良・不良（ ） 風疹既往歴（有・無・不明）→ 予防接種（済・未）
連絡先	平日昼間つながる電話【妊婦・その他（ ）】 緊急連絡先（上記と異なるもの必ずご記入ください。）*妊婦健診等で、緊急に連絡が必要な場合があります。 （ ）様方			
同居家族の有無	【無・有】夫（パートナー）・子（ ）人・実母・実父・義母・義父・その他（ ）人			
婚姻形態	既婚 入籍した年齢→ 歳	妊婦母国語	日本語・英語・中国語・韓国語・その他（ ）	
	未婚 入籍予定 有（月頃）・未定・なし	妊娠中・産後生活する国	日本・その他（ ）	
出産予定日	R 年 月 日 最終月経 年 月 日	妊娠週数	週（ ）か月	
妊娠の診断を受けた医療機関	妊娠して初めて病院に行った時期 年 月 日	妊娠中健診を受ける医療機関		
出産予定の医療機関		初期の血液検査	済・未	
		次回の健診日	年 月 日	
里帰り予定	【無・有】里帰り先住所 【未定】連絡先（ ）様方 時期 産前（年 月から）産後（年 月頃まで）・時期未定			
妊娠歴	妊娠回数 初回・（ ）回目 2回目以降の方→ そのうち 流産 回・死産 回・中絶 回	今回の妊娠	単体・多胎（ ）	
利用している制度や手帳等	【無・有】療育手帳・身体障害者手帳・精神保健福祉手帳・自立支援医療等			

妊婦健康診査補助券申請（下記条件により妊婦健康診査補助券の交付を申請します）

- 妊婦の世帯が市民税非課税世帯（市民税の支払いを免除されている世帯）である。
- 県外の医療機関で妊婦健診を受ける。
- 上記のどれにもあてはまらない。



上記1に該当された方は、別紙妊娠判定受診料公費負担申請書もご記入ください。

*母子の健康を守るため、または赤ちゃん・こどもの健全な育成の推進のため、必要時、医療機関や関係機関へ情報提供することがありますので、ご了承ください。

以下は記入しないでください。

母子健康手帳 発行番号		保健師	助産師	人力者
No.				
県内	全て	オレンジ 枚・白 枚	合計 枚	県外 請求書
転入者	転入日	前市町村	使用枚数	
来所者：妊婦・夫（パートナー）・子・実母・義母・その他（ ）				
対象者（妊婦）・申請者本人確認書類			発行：個別（予約有・無）・外国語版	
<input type="checkbox"/> 委任状有→妊婦の本人確認不要		<input type="checkbox"/> 委任状無→妊婦の本人確認要		
【顔写真つき（1種類）】		【顔写真なし（2種類）】		
<input type="checkbox"/> 運転免許証（運転経歴証明書） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（写真付） <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 本市の送付した健（検）診票 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

たばこ 妊婦 (妊娠前 吸わない・吸う (1日 本) → 家中での分煙に気をつけている (はい・いいえ))
 (現在 吸わない・吸う (1日 本) → 禁煙に関心がありますか (はい・いいえ))
 同居家族 吸わない・吸う → (誰が /1日 本) (誰が /1日 本) 分煙・禁煙

アルコール (妊娠前 飲まない・飲む→1週間に () 日・1日の量 (何を ml))
 (現在 飲まない・飲む→1週間に () 日・1日の量 (何を ml))

体格 妊娠前の体重 kg 身長 cm * BMI () 食事 1日 () 食 (妊娠前)
 * BMI (体格指数) = 体重kg ÷ 身長m ÷ 身長m

過去の妊娠・出産の状況 (異常なし・帝王切開・妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症) ・子宮外妊娠・妊娠糖尿病・仮死状態)
 (子どもが2500g未満(第 子 週 g) ・早産(第 子 週 g))
 (死産・その他 ())

健康状態
 第1子 年 月 日 (歳) 男・女 良・不良
 第2子 年 月 日 (歳) 男・女 良・不良
 出産歴 第3子 年 月 日 (歳) 男・女 良・不良
 第4子 年 月 日 (歳) 男・女 良・不良
 第5子 年 月 日 (歳) 男・女 良・不良



既往歴 妊婦さんが今までにかかったことのある病気がありますか。
 (高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・甲状腺疾患・肝炎・結核・性病 ())
 (風しん・マタニティブルー・産後うつ・こころの病気 (自律神経失調症など))
 (股関節に関するもの (先天性股関節脱臼・臼蓋形成不全など) ・その他 ())
 妊婦さんが今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがありますか。
 無・有 (いつ頃 症状 病院名)

ご家族 (妊婦・夫 (パートナー) の父母・兄弟姉妹・祖父母・おじおば等) で股関節の治療を受けた方がおられますか。
 無・不明・有 → 誰が () 病名 ()

妊娠以外で 妊婦さんが妊娠以外で通院したり、薬を飲んでいますか。(歯科医院も含む)
 の通院等 無・有 (病名 症状 薬)

妊婦さんの現在の身体 良好・普通・不調 (つわり (食べられない・水分取れない・吐き気・嘔吐) ・食欲がない・疲れやすい)
 (性器出血・お腹のはり・お腹の痛み・その他 ())
 (口の症状 (歯痛・むし歯・歯茎の腫れ、出血・口臭・歯石等) → 定期歯科検診 (有・無))

妊婦さんの現在のこころ 良好・普通・不調 (眠れない・涙ぐみやすい・イライラする・気分が沈む・何もする気がしない)
 (上記の症状が2週間以上続いている・ここ1年間うつ状態が続いている)

妊婦さんのストレス発散方法 無・有 (方法)

妊婦さんの性格 (楽観的・悲観的・感情の起伏が激しい・社交的・人見知りが強い)
 (神経質・心配性・その他 ())

妊娠を知ったときの妊婦さんの気持ち (とてもうれしい・うれしい・楽しみ・予想外だったがうれしい・ホッとした)
 (びっくりした・予想外で驚き戸惑った・困った (理由))
 (特に何とも思わない・その他 ())

妊娠を知ったときの夫 (パートナー) の気持ち (とてもうれしい・うれしい・楽しみ・予想外だったがうれしい・ホッとした)
 (びっくりした・予想外で驚き戸惑った・困った (理由))
 (特に何とも思わない・その他 ())

妊娠中、出産後の手助け 【無・有】 → 夫 (パートナー) ・実父・実母・義父・義母・その他 ()
 妊娠中・出産後の相談者 【無・有】 → 夫 (パートナー) ・実父・実母・義父・義母・その他 ()

妊婦さんと夫 (パートナー) との関係 良・普通・どちらともいえない・死別・その他 ()
 妊婦さんと妊婦さんの母との関係 良・普通・どちらともいえない・死別・その他 ()

妊娠中の教室への参加 妊婦教室参加・妊婦歯科健診のみ参加・病院で参加予定・検討中・参加しない

今、困っていること、悩んでいること、不安なこと 【無・有】 (妊娠、出産について・経済的なこと・自分の体のこと・自分のこころのこと)
 (妊娠中の食事のこと・仕事のこと・住居のこと)
 (夫婦 (パートナー) 関係・家族関係のこと・育児のこと・上の子のあずけ先)
 (その他 ())

