# 妊娠届出書兼母子健康手帳交付申請書

申請日　令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者 | □ 妊産婦本人（以下は記載せず１へ）<br>□ 代理人（点線枠内記載後１へ） | 続柄 | □夫　□(義)父・母<br>□その他(　　) |
| 氏名 | | 生年月日　昭和・平成<br>年　月　日 | |
| 住所 | 電話 | | |

国分寺市長殿
母子保健法第15条の規定により、届出ます。

1　あてはまる番号に☑をつけてください。

□ (1) 妊娠を届出し、母子健康手帳の交付申請をします。

□ (2) 下記の理由により、母子健康手帳の交付申請をします。

- □ ①　多胎妊娠のため追加交付
- □ ②　母子健康手帳紛失
- □ ③　国外で出産
- □ ④　②・③の場合　出産(予定)日　平成・令和　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日　昭和・平成<br>年　月　日 | 年齢<br>歳 | 職業 |
| 妊産婦氏名 | □ 既婚　□ 未婚　(婚姻予定　□あり□なし) | 個人番号 | | 雇用形態 |
| | □個人番号が空欄の場合、市で照会の上補記することに同意します。 | | | |
| 住所(住民票) | 国分寺市 | 電話　―　― | | |
| フリガナ | | 生年月日　昭和・平成<br>年　月　日 | 年齢<br>歳 | 職業 |
| パートナー氏名 | | | | 雇用形態 |
| 住所(住民票) | ＊妊産婦住所と異なる場合に記載 | 電話　―　― | | |

2　1(1)に☑した方のみ記載

| | | |
|---|---|---|
| 分娩予定日<br>令和　　年　　月　　日 | 妊娠週数<br>満　　週　(　　ヶ月) | 外国籍の方<br>国名 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 健康診断 | 性病に関する診断(血液検査) | □ 受けた | □ 受けていない |
| | 結核に関する診断(1年以内のエックス線) | □ 受けた | □ 受けていない |

妊娠についての医師または助産師の診断

| | | |
|---|---|---|
| □ 受けた<br>□ 受けていない | 医療機関・助産所名 | 所在地 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 初産・経産<br>□ 初産　□ 経産 | 今回の妊娠<br>□ 単胎　□ 多胎 | 今までのお産 | 1回目　平成・令和　年　月　日<br>2回目　平成・令和　年　月　日 | 3回目　平成・令和　年　月　日<br>4回目　平成・令和　年　月　日 | 備考 |

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を受けるにあたり、効果的な支援が講じられるよう、関係機関と情報を共有し、必要な支援を受けることに同意します。また、必要な支援に関する連絡を受けることを承諾します。

令和　　年　　月　　日　　署名(妊産婦本人の署名)

市記入欄

□cocobunji　□国分寺市国立駅前　□恋ヶ窪　□こども家庭センター

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | 妊産婦 | □個人番号カード　または　□通知カード | 受付対応者 | 住基確認者 | 子育て相談室　母子保健係 | |
| | | 1つ　写真付身分証　□免許証　□個人番号カード　□ | | | □　入力済<br>月　日 | 入力者名 |
| | | 2つ　写真なし身分証　□保険証　□年金手帳　□ | | | | |
| | 代理人 | □委任状 | ゆりかごメモ　□S　□H　□L　□ゆりかご入力済 □済 | | | |
| | | □妊婦個人番号カード　または　□妊婦通知カード | | | | |
| | | 1つ　□代理人写真付身分証　□免許証　□個人番号カード　□ | | | | |
| | | 2つ　□代理人写真なし身分証　□保険証　□年金手帳　□ | | | | |

個人情報の保護に関する法律等の関連法令に基づき適切に管理します。

# 妊娠届出時アンケート　氏名：　　生年月日：S・H　　年　　月　　日

国分寺市では、ゆりかご・こくぶんじ面接、妊婦訪問やこんにちは赤ちゃん訪問･乳幼児健診など、赤ちゃんとお母さん(妊婦さん)が安心して生活できるサポートを行っています。
面接時に支援計画を作成する際やサポートする上での参考といたしたく、お手数ですが、アンケートにご協力ください。

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 今回の妊娠を知った時の**お気持ち**はいかがでしたか？ | ☐ とてもうれしかった　☐ 想定外で驚いたがうれしかった<br>☐ 想定外で驚き戸惑った　☐ 困った　☐ 特に何とも思わなかった<br>自由記載（　　） | | | |
| 2 | 出産は初めてですか？ | ☐ はい | ☐ いいえ（　　）回目 | | ☐ その他 |
| 3 | 同居しているご家族はどなたですか？ | ☐ いない | ☐ いる | ☐ 1人<br>☐ 2人<br>☐ 3人以上 | a 夫（またはパートナー）b こども（ ）人<br>c 実父・実母　d 夫の父・夫の母<br>e その他（　　） |
| 4 | 妊娠中、相談できる方はいますか？ | ☐ いない | ☐ いる | ☐ 1人<br>☐ 2人<br>☐ 3人以上 | a 夫（またはパートナー）b 実父母<br>c 夫の父母　d 兄弟姉妹<br>e 友人　f その他（　　） |
| 5 | 出産後、育児を協力してくれる方はいますか？ | ☐ いない | ☐ いる | ☐ 1人<br>☐ 2人<br>☐ 3人以上 | a 夫（またはパートナー）　b 実父母<br>c 夫の父母　d 兄弟姉妹<br>e 友人　f その他（　　） |
| 6 | 里帰り出産の予定はありますか？ | ☐ いいえ | ☐ はい　a 本人の実家　b 夫（またはパートナー）の実家 | | |
| 7 | 両親学級に参加する予定はありますか？ | ☐ いいえ | ☐ はい　a 医療機関・助産所など　b 国分寺市両親学級 | | |
| 8 | 今までかかったことのある病気、現在治療中、内服中の病気はありますか？ | ☐ ない | ☐ ある | 病名：心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎<br>甲状腺・その他（　　）<br>いつ頃：（　　）歳頃　治療の有無：　有・無<br>服薬状況（　　） | |
| 9 | 今までにカウンセラーや精神科医、または心療内科医などに相談したことはありますか？ | ☐ ない | ☐ ある | 病名：（　　）<br>初診時期：（　　）歳頃<br>受診期間：H・R　年　月～H・R　年　月<br>服薬状況：（　　） | |
| 10 | 現在、仕事をされていますか？出産後はどのような予定ですか？ | ☐ 働いて いない | ☐ 働いているが、妊娠を機に退職予定 | | ☐ 現在働いていて、産後も産育休後は仕事を続ける予定 |
| 11 | **タバコ**を吸いますか？ | ☐ いいえ | ☐ 妊娠してやめた | ☐ 現在吸っている　1日（　）本・（　）歳～ | |
| 12 | 同居しているご家族は**タバコ**を吸いますか？ | ☐ いいえ | ☐ 妊娠してやめた | ☐ 現在吸っている　1日（　）本・続柄（　） | |
| 13 | **お酒**を飲みますか？ | ☐ いいえ | ☐ 妊娠してやめた | ☐ 現在飲んでいる　1日（　）ml・種類（　） | |
| 14 | 「**困っている**こと」<br>「**悩んでいる**こと」<br>「**不安**なこと」などはありますか？ | ☐ ない | ☐ ある | a 妊娠・出産について　b 自分の身体のこと<br>c 育児の仕方　d 夫婦（パートナー）関係<br>e 家族関係　f その他（　　） | |
| 15 | 出産費用や現在の生活費など、経済的に困っていることがありますか？ | ☐ ない | ☐ ある | 具体的に | |

令和６年４月改正

ご協力ありがとうございました。 このアンケートは個人情報の保護に関する法律等の関連法令に基づき適切に管理します。

市記入欄

〇面接日　令和　　年　　月　　日　　時　　分　〇パッケージ交付　☐済　☐なし(　　)　〇面接担当者：

〇地区引き継ぎ必要　☐有　☐無　　〇支援プラン作成必要　☐有　☐無　理由(　　)