

# 妊 娠 届 出 書

令和 年 月 日

三条市教育委員会教育長

申請者住所 三条市

※太枠内のみ記入してください

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

ふりがな 妊婦の氏名	既婚 未婚	個人番号						
生年月日	S・H 年 月 日( 歳)	職業及び 勤務先	電話 ( )					
ふりがな 夫 または パートナー の氏名		職業及び 勤務先	電話 ( )					
生年月日	S・H 年 月 日( 歳)							
住 所	三条市 (世帯主名 )							
妊婦の連絡先	自宅・携帯電話 ※8:30~17:15で連絡がつく時間帯を記入してください [ 時頃 ]							
分娩予定日	R 年 月 日	妊娠週数	満 週					
診 断 又 は 保 健 指 導	医師又は助産師名 (医療機関名)							
性病に関する健康診断	受けた・受けていない		結核に関する健康診断 (レントゲン等)	受けた・受けていない				
今までの妊娠・分娩の状況								
妊娠回数 (今回の妊娠も含む)	回			これまでの分娩回数	回			
妊娠回数	出産年齢	状況	妊娠・分娩の経過	妊娠期間	出生体重	児の健康状態		
1	歳	出産・流産・死産	正常・その他( )	週	g	健康・その他( )		
2	歳	出産・流産・死産	正常・その他( )	週	g	健康・その他( )		
3	歳	出産・流産・死産	正常・その他( )	週	g	健康・その他( )		
4	歳	出産・流産・死産	正常・その他( )	週	g	健康・その他( )		
5	歳	出産・流産・死産	正常・その他( )	週	g	健康・その他( )		
6	歳	出産・流産・死産	正常・その他( )	週	g	健康・その他( )		
既往歴 及び 現病歴								
(1) これまでに以下の病気にかかったことがある場合は、□にチェックをつけ、( )に病名を記入してください。 □心疾患 ( ) □腎臓病 ( ) □精神疾患 ( ) □その他 ( )								
(2) 現在も治療中ですか。				はい・いいえ (終了した・中断した)				
市 確 認 欄	交付 年月日	R 年 月 日	妊婦健診受診票 交付枚数	・14枚、子宮頸がん検査 ・その他 ( ) 枚			担当者	
	母子健康 手帳番号		外国語版母子健康 手帳必要の有無	無・有 (種類: )				

## 母子健康手帳の交付を受ける方へ

- 産前休暇などの申請で職場等から妊娠届出書の写しを求められることがあるため、必要な方は写しをとってから妊娠届出書を交付窓口へ提出してください。
- 母子健康手帳交付と同時に妊産婦医療費助成の手続き、伴走型出産・子育て応援事業の面談 (伴走型相談支援) と出産応援給付金の申請があります。面談受付時間は9:00~16:30です。時間に余裕をもってお越しください。
- 代理の方 (夫など) が届出される場合、代理権の確認 (妊婦の保険証又は委任状等)、代理人本人・妊婦本人の確認 (個人番号カード、運転免許証等) が必要です。

<交付窓口> 平日9時~16時30分 (ホームページから来庁予約もできます。)

●三条庁舎 市民窓口課 市民総合窓口 ●栄庁舎 栄サービスセンター ●下田庁舎 下田サービスセンター

<持ち物>

- ・妊娠届出書
- ・妊婦の個人番号カード又は個人番号通知カード
- ・妊婦の保険証
- ・妊婦名義の預金通帳

裏面もご記入ください

# マタニティサポートシート



三条市では、安心して子育てができるように、妊娠中からサポートしています。  
このアンケートは、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。

※該当する箇所の口にチェックをつけ、( )内は記入してください。

1	妊娠がわかった時の気持ち	妊婦さんご自身	<input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 驚いた	<input type="checkbox"/> 嬉しくなかった <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 何とも思わなかった
		夫またはパートナーの反応	<input type="checkbox"/> 喜んでいて <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> 戸惑っていた <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 喜んでいない
2	産後の赤ちゃんとの生活について		<input type="checkbox"/> 楽しめると思う <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 不安の方が多い	<input type="checkbox"/> 非常に不安
3	夫またはパートナーとお腹の赤ちゃんのことを話しますか		<input type="checkbox"/> よく話し合う	<input type="checkbox"/> 時々話し合う	<input type="checkbox"/> あまり話さない <input type="checkbox"/> 全く話さない
4	妊娠、出産に関して相談できる人はいますか		<input type="checkbox"/> 夫またはパートナー <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 実母、実父	<input type="checkbox"/> 夫の母、夫の父 <input type="checkbox"/> いない
5	妊娠、出産に関して協力してくれる人はいますか		<input type="checkbox"/> 夫またはパートナー <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 実母、実父	<input type="checkbox"/> 夫の母、夫の父 <input type="checkbox"/> いない
6	里帰り出産の予定はありますか		<input type="checkbox"/> 里帰りする ( R 年 月頃から) <input type="checkbox"/> 里帰り先: (県内) 市・町・村 / (県外) 県 市・町・村 <input type="checkbox"/> 里帰りしない <input type="checkbox"/> 検討中		
7	(1)健康状態について	<input type="checkbox"/> 相談したいことあり <input type="checkbox"/> 身体面について { } <input type="checkbox"/> 精神面について { } <input type="checkbox"/> 特になし			
	(2)育児について	<input type="checkbox"/> 相談したいことあり 内容 { } <input type="checkbox"/> 特になし			
	(3)経済的なことについて	<input type="checkbox"/> 相談したいことあり 内容 { } <input type="checkbox"/> 特になし			
	(4)その他	<input type="checkbox"/> 相談したいことあり ※妊婦さん自身のことや、夫やパートナーのこと、家族のことについてなど 内容 { } <input type="checkbox"/> 特になし			
8	嗜好品について	たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠をきっかけにやめた <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> 同居の家族が吸っている →分煙を { <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠をきっかけにやめた <input type="checkbox"/> 飲む (週に 回、1回に 合)

❖ご協力ありがとうございました。アンケートの内容について、母子健康手帳交付後の伴走型出産・子育て応援事業の面談(伴走型相談支援)でお話を伺います。30分前後のお時間がかかりますので、時間に余裕をもってお越しください。

## 【問い合わせ】

三条市教育委員会 子ども家庭サポートセンター TEL 0256 (45) 1114

