

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 |
| 氏 名 _____ 続柄 _____ |

※太枠内のみ記入してください

| | | | |
|----------------------------|--|-------------|--------|
| 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まで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。

| | |
|---|---|
| <p><交付窓口></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>※母子健康手帳と妊婦一般健康診査受診票を交付します。 ※必要な方は、外国語版母子健康手帳もお渡しできます。</p> | <p><持ち物></p> <ol style="list-style-type: none"> ① 妊娠届出書 ② 妊婦の個人番号カード 又は 個人番号通知カード ③ 妊婦の保険証 ④ 妊婦名義の預金通帳 ⑤ 印鑑 <p>※母子健康手帳交付と同時に妊産婦医療費助成の手続きも行いますので、お持ちください。</p> |
|---|---|

【問い合わせ】 三条市教育委員会 子どもの育ちサポートセンター
Tel 0256(45)1114
E-mail kodomosupport@city.sanjyo.niigata.jp

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"/> 嬉しくなかった | <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"/> 驚いた | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 2 | 産後の赤ちゃんとの生活について | 夫またはパートナー | <input type="checkbox"/> 喜んでいて | <input type="checkbox"/> 戸惑っていた | <input type="checkbox"/> 喜んでいない | |
| | | パートナーの反応 | <input type="checkbox"/> わからない | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 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"/> 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 | 夫またはパートナー | <input type="checkbox"/> 夫またはパートナー | <input type="checkbox"/> 実母、実父 | <input type="checkbox"/> 夫の母、夫の父 | <input type="checkbox"/> いない |
| | | その他 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 6 | 里帰り出産の予定はありますか | 里帰りする | <input type="checkbox"/> 里帰りする (R 年 月頃から) | | | |
| | | 里帰り先 | ↳ 里帰り先: (県内) 市・町・村 / (県外) 県 市・町・村 | | | |
| 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"/> 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 | | |
| | | | <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 | 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"/> 妊娠をきっかけにやめた | |
| | | | <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) | | <input type="checkbox"/> 飲む (週に 回、1回に 合) | |
| | | | <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 | | | |

❖ご協力ありがとうございました。アンケートの内容によっては、子どもの育ちサポートセンター保健師が連絡させていただく場合があります。

妊娠、出産、子育てに不安や悩みを感じている方に、助産師による相談、助言を行う訪問指導（無料）を実施しています。詳しくは、子どもの育ちサポートセンターにお問い合わせください。



【問い合わせ】 三条市教育委員会 子どもの育ちサポートセンター TEL 0256 (45) 1114