

妊 娠 届 出 書

うるま市長 殿

母子保健法第15条の規定に基づき次のとおり届け出ます。

届出年月日 令和 年 月 日

親子健康手帳番号 (母子健康手帳)	4	7	2	1	3	-	2	0												
宛番号																				

※マイナンバーは市町村窓口で記載

マイナンバー

ふりがな			婚姻状況	職業	
妊婦	昭和・平成 年 月 日 (西暦 年) 歳		①既婚 ②未婚 (入籍予定あり・なし) ③再婚	職業名: ①常勤(正規・契約・派遣) ②パート・アルバイト・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生() ⑤主婦 ⑥無職 ⑦その他()	
ふりがな			婚姻状況	職業	
夫(パートナー)	昭和・平成 年 月 日 (西暦 年) 歳		①既婚 ②未婚 (入籍予定あり・なし) ③再婚	職業名: ①常勤(正規・契約・派遣) ②パート・アルバイト・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生() ⑤無職 ⑥その他()	
現住所 (住民登録住所)	(〒 -)		連絡先	妊婦本人 ☎	
※居住地住所 (※現在住んでいる所が 現住所と違う場合)	(〒 -)			緊急連絡先①(続柄) ☎ 緊急連絡先②(続柄) ☎	
市外への転出予定	①いいえ ②あり(県内:市町村名 ・ 県外・国外) ③検討中				
分娩予定日	令和 年 月 日		妊娠週数	満 週 (か月)	
医師又は 助産師の診断 又は保健指導 を受けたとき	受けて いない	妊娠の確認方法	①市販の妊娠検査薬での陽性反応 ②その他()		
	受けた	初診年月日	年 月 日	特記事項	①単胎 ②多胎(胎)
医療機関等の名称 医師又は助産師氏名					
出産予定の医療機関等の名称 医師又は助産師名					
保険の種別		①社保・共済組合 ②国保 ③生活保護 ④その他()			
今回の妊娠で性病に関する 健康診断を受けましたか		①受けた ②受けていない			
今回の妊娠で結核に関する健康診断 (胸部レントゲン検査)を受けましたか		①受けた ②受けていない			
(※ 届出者が代理人の場合のみご記入下さい。)					
届出者氏名:			(続柄:)		
住 所:					
連 絡 先:					

マイナンバーについて確認事項

1. 本人の身元確認

①写真の表示がある場合

個人番号カード 運転免許証 パスポート 社員証や学生証 その他()

②写真表示がない場合(2つ以上の書類が必要)

健康保険被保険者証 住民票の写し 年金手帳 母子手帳

自動車税や水道料金・社会保険料の領収書 源泉徴収票 その他()

2. 郵送または使用者による提出の場合、1に関する書類(写し)の添付 あり

3. 個人番号の確認、照会に関する説明 済み()

1 1 あなた（妊婦）は現在、タバコを吸っていますか。（○は1つ）	①吸ったことがない ②妊娠前に禁煙した ③妊娠がわかってから禁煙した ④喫煙している（1日の本数 本） →②,③,④と回答した方へ、何歳から吸いましたか？（ ）歳
1 2 （現在喫煙中の方へ）あなたは禁煙することにどのくらいの関心がありますか。（○は1つ）	①関心がない ②関心があるが今後3か月以内に禁煙しようとは考えていない ③関心があるがこの1か月以内に禁煙する考えはない ④この1か月以内に禁煙しようと考えている ※過去に禁煙したことがある ア. はい イ. いいえ
1 3 同居人又はパートナーは現在、タバコを吸っていますか。	①吸っていない ②吸っている →同居者又はパートナーに禁煙して欲しいと思っていますか？ ①はい ②いいえ ③どちらでもない
1 4 あなた（妊婦）は現在、お酒を飲みますか。	①飲んだことがない（ほとんど飲まない） ②妊娠前にやめた ③妊娠がわかってからやめた ④お酒を飲んでいる（ 回/週） →お酒を飲んでいる方へ。1回の飲酒で何をどれ位飲みますか？ （何を： どれくらい： ）
1 5 これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。（複数回答）	①なし ②あり⇒ 心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・うつ病・躁うつ病・統合失調症・不安障害・パニック障害・発達障害・その他（ ） ※それはいつ頃ですか：（ 歳頃）・現在治療中 ※手帳の有無（ 身体 ・ 精神 ・ 療育 ）
1 6 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	①はい ②いいえ
1 7 妊娠前の身長 体重 BMIを教えてください。 ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	身長（ ）cm 妊娠前の体重（ ）kg BMI（ ）
1 8 これまでにダイエットのため、食事制限をして、BMI 18.5未満になったことがありますか。 例：身長150cm、体重42kgの場合、BMIは18.7	ダイエットの経験 あり ・ なし *ありの場合：食事制限によるBMI 18.5未満の確認 ①はい その当時の体重（ ）kg BMI（ ） ②いいえ（ただし、ダイエットの経験はあり）
1 9 最近1年間、朝食の摂取時に、どの程度主食・主菜・副菜をそろえて食べていましたか。	①毎日 ②週に4～6回 ③週に2～3回 ④週1回以下か無し
2 0 休養は取れていますか。	①はい ②いいえ

★ 問診票のご記入ありがとうございました ★

- ・プライバシーの保護には十分留意します。
- ・お住まいの市町村や沖縄県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや沖縄県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する事があります。

*うるま市では、妊娠期から子育て期まで、安心して子どもを産み育てることができるよう継続的にサポートをしていきたいと考えています。そのため、記載いただいた内容は、当支援の目的の範囲内において関係機関や医療機関と情報を共有を図り、保健師や医療機関等から連絡・訪問をさせていただく場合があります。

令和 年 月 日

氏 名(本人)： _____

(※代理人の場合)

氏 名： _____ (続柄 _____)

住 所： _____

電話番号： _____