

妊娠届出カード

No.

届出日	令和 年 月 日	届出者	妊婦・夫 その他 ()	届出週数	週		
現住所 (住民登録の住所)	内灘町 自宅 () - 携帯 () -			現在加入している健康保険に ○を記入してください。 国保・社保(本人・扶養)			
妊婦個人番号				家族構成 (一緒に住んでいる方を「ひとつの○」で囲ってください。) 母 — 父 母 — 父 妊婦 — 夫			
妊婦氏名	職業						
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)						
配偶者氏名	職業						
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)						
妊娠回数 (今回を含む)	回	生存子数	人				
診断を受けた施設名		出産予定施設名					
分娩予定日	令和 年 月 日						
里帰りの有無	無・有 連絡先住所	里帰り先から戻る予定 電話 ()	令和 年 月 日			石川県外で出産予定の方は下欄に○を記入してください。	様方
育児を協力してくれる人はいませんか?	いいえ ・ はい ※「はい」と答えた方は次の中から当てはまる項目に「○」印を付けてください。 夫 ・ 母親(母方・父方) ・ 父親(母方・父方) ・ その他						
妊娠を知った時の気持ちはどうでしたか?	驚いた ・ 困った ・ うれしかった その他 ()						
出産・育児に不安や悩みはありますか?	いいえ ・ はい ・ 仕事と育児が両立できるか不安 ・ 出産が無事できるか不安 ・ 生まれてくる子が元気な子か不安 ・ その他 ()						
治療中又は治療歴のある病気はありますか?	・ 高血圧(無・有) ・ 慢性腎炎(無・有) ・ 糖尿病(無・有) ・ 肝炎(無・有) ・ 心臓病(無・有) ・ 甲状腺の病気(無・有) ・ こころの問題(無・有) ・ 不妊治療(無・有) ・ その他 ()						
前回の妊娠で心配なことはありましたか?	なし ・ あり (高血圧・高血糖・貧血・切迫流産・早産・低出生体重児) その他 ()						
身長・体重	身長 () cm	妊娠前体重 () kg	BMI ()				
飲酒・喫煙	飲酒 (有・無)	喫煙 (有・無)					
聞きたいこと・相談したいことはありますか?	ご自身の健康・赤ちゃんや上のお子さん・ご家族・保育園・経済面・住まい・生活環境など						
備考欄							
※子育て支援センター(カンガルーム)の事業の案内のため、妊婦氏名、住所などの情報提供に同意します。 保護者サイン _____ 印 _____							

(注)内灘町に住民登録していない方に、母子手帳を交付できません。

保健センター記入欄	児名前		令和 年 月 日生	
	面接者	時期	システム入力	