

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。)		
妊婦氏名		職業		母 - 父 母 - 父	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)			妊婦 - 夫	
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 頃	石川県外で出産予定 の方は下欄に○を 記入してください。	
育児を協力して くれる人は いますか?	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 家族歴()) ・ 糖尿病(無・有 家族歴()) ・ 心臓病(無・有) ・ 甲状腺の病気(無・有) ・ 慢性腎炎(無・有) ・ 肝炎(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(カンガールーム)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。					
届出者サイン					

(注) 内灘町に住民登録していない方は、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	