

No. \_\_\_\_\_

受付場所 \_\_\_\_\_

## 妊 娠 届 出 書

個人番号				昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	職業	無・有 ( )
妊婦の氏名 <small>ふりがな</small>				昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	職業	無・有 ( )
夫の氏名 (児の父) <small>ふりがな</small>				昭和 平成	年 月 日生 (満 歳)	職業	無・有 ( )
住 所	〒 宇都宮市			電話番号〔自宅〕 〔携帯〕		— —	— —
出産予定日	年	月	日	現在の週数 ( ) 週			
妊娠回数	今回も含む		回	出産回数	回		
妊娠の診断並びに保健指導を受けた 医師（医療機関）又は助産師氏名							
結核に関する 健康診断	受診 ・ 未受診			性病に関する 健康診断	受診 ・ 未受診		
上記のとおり届出をいたします。							
年 月 日							
妊婦氏名 _____							
(あて先) 宇 都 宮 市 長							
外国語版	英語・ポルトガル語・スペイン語・タイ語・中国語・韓国語・ベトナム語・ネパール語						

妊娠届出書提出先 (母子(親子)健康手帳を交付します)		受付日時(祝日・年末年始を除く)	
こども家庭センター 相談窓口	平石・富屋・姿川・河内 地区市民センター	月～金曜日	8:30～16:30
市役所2階子ども支援課		月～金曜日	8:30～18:30
宇都宮市保健センター		土曜日・日曜日	9:00～16:00

※「妊産婦医療費受給資格者証」の交付手続きをあわせて行いますので、「健康保険証」・「預金通帳」を忘れずにお持ちください。保健センターのみ「妊産婦医療費受給資格者証」は、後日郵送となります。

**問い合わせ先 宇都宮市子ども部子ども支援課 (TEL028-632-2388)**

◎ 裏面も記入して下さい。

※この妊娠届出書及び裏面のアンケートの内容は、統計処理及び母子保健事業の連絡の際に使用させていただきますので、ご了承ください。

妊娠おめでとうございます。

本市では、妊娠中をより健康に過ごしていただくために、保健師・助産師等による健康相談を実施しています。下記について、あてはまる項目に○をつけてご記入ください。

身長 cm	妊娠前の体重 kg	現在の体重 kg	出産予定病院
<p>1 今回の妊娠状況について</p> <p>① 妊娠がわかってから、次のようなことがありましたか。          いいえ ・ はい ⇒ a 重いつわり b 切迫流産（出血・お腹の痛みなど） c 切迫早産          d 貧血 e 高血圧 f 尿蛋白 g 浮腫（足などのむくみ）          h 多胎（子） i その他（ ）</p> <p>② 現在治療中の病気はありますか。          いいえ ・ はい ⇒ （ ）</p> <p>③ 妊娠がわかったとき、どのような気持ちになりましたか。          a うれしかった b 不安になった c 予定外だったので戸惑った d 困った          e その他（ ）</p> <p>④ 今回の妊娠に際し、不妊治療を実施しましたか。 [ はい ・ いいえ ]          ⇒「はい」とお答えの方〔治療内容：体外受精・顕微授精・人工授精・その他（ ）〕          ⇒治療費助成の申請をしましたか。〔はい・申請予定・いいえ（理由：申請対象外・その他）〕</p> <p>2 嗜好品について</p> <p>① お酒について          a 妊娠前から飲酒していない b 妊娠前と変わらず飲酒している（ ml/日）          c 妊娠を機に飲酒量を減らした（ ml/日） d 妊娠を機に飲酒をやめた</p> <p>② たばこについて          a 妊娠前から喫煙していない b 妊娠前と変わらず喫煙している（ 本/日）          c 妊娠を機に本数を減らした（ 本/日） d 妊娠を機に喫煙をやめた</p> <p>③ 周囲（ご家庭・職場など）にたばこを吸う方はいますか。          いいえ ・ はい ⇒ a 夫（児の父） b 職場の人 c その他（ ）</p> <p>3 今までに、かかった病気はありますか。          いいえ ・ はい ⇒ a 高血圧 b 糖尿病 c 貧血 d 心臓病 e 慢性腎炎          f 甲状腺疾患 g 肝炎 h 卵巣のう腫 i 子宮筋腫          j 子宮内膜症 k その他（病名 ）</p> <p>4 今までに、こころの問題でどこかに相談や受診をしたことがありますか。 [ はい ・ いいえ ]</p> <p>5 今までの妊娠・出産について</p> <p>① 妊娠中の異常がありましたか。          いいえ ・ はい ⇒ a 切迫流早産 b 流産 c 貧血 d 妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）          e その他（ ）</p> <p>② 出産や赤ちゃんについて次のようなことがありましたか。          いいえ ・ はい ⇒ a 早産 b 帝王切開 c 仮死 d 未熟児 e 死産          f その他（ ）</p> <p>6 同居のご家族について          a 夫（児の父） b 子ども（ ）人 c 夫の父母 d 実父母 e その他（ ）          f 無（本人のみ）</p> <p>7 妊娠中や育児中に相談できる人はいますか。 [ はい ・ いいえ ]</p> <p>8 産後、育児に協力してもらえる人はいますか。 [ はい ・ いいえ ]</p> <p>9 妊娠・出産・育児などについて、心配なことがありましたらご記入ください。          [ ]</p> <p>≪備考≫</p> <p>面接者：妊婦 ・ その他（ ）          事後支援：今回のみ・継続（電話・訪問・来所・その他）・関係機関紹介          面接保健師： （地区担当保健師： ）</p>			

種別：初妊婦・経妊婦	健診事後・その他	主訴：	指導内容：	健康増進指導：	アンケート	相談
------------	----------	-----	-------	---------	-------	----