

妊 娠 届 出 書

届出場所：

本庁	市川	南セ	支所	保セ	行サ	大柏
----	----	----	----	----	----	----

※個人番号（マイナンバー）は、母子保健法施行規則に基づき収集管理を行っております。

マイナンバー		届出年月日	2	0	年	月	日					
妊婦	フリガナ							国籍				
	氏名											
	生年月日				年		月		日	歳	職業	会社員・公務員・自営業・主婦 パート・学生・無職・その他
	住所	市川市						電話番号	自宅 047- - 携帯 - -			
子の父・パートナー	フリガナ							国籍				
	氏名											
	生年月日				年		月		日	歳	職業	会社員・公務員・自営業・主夫 パート・学生・無職・その他
	住所	※上記と異なる場合にご記入ください						電話番号	自宅 047- - 携帯 - -			

出産予定日	2	0	年	月	日	妊娠週数	週	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎
医師または助産師の診断を受けたところ	施設名					医師または助産師名			
	住所								
性病に関する健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けていない			1年以内の胸部レントゲン検査の有無	<input type="checkbox"/> 受けた		<input type="checkbox"/> 受けていない
妊娠回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> それ以上 (<input type="text"/> 回目)								
出産回数	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> それ以上 (<input type="text"/> 回)								

母子保健法第15条、16条に基づき、上記のとおり届け出ます。
 母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票の交付を受けるにあたり、市川市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。また、市川市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、本届出書及び妊娠届出時のアンケートの情報を利用することに同意します。

市川市長あて
 届出者および受領者氏名 妊婦との続柄 ()

※記載の内容によっては、専門職より連絡をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。
 ※ご記入していただいた内容は、市川市で管理し、妊娠・出産・子育て支援以外の目的では使用いたしません。

出産応援給付金申請案内を受領しました受領者氏名 ()

妊婦本人以外の方が申請に来られる場合には、委任状が必要です。以下の委任状を必ず妊婦ご本人がご記入ください。

委任状

_____年 月 日

委任者（妊婦本人） 住所 _____
 氏名 _____

私は、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に規定される個人番号の提供を伴う妊娠の届出及び母子健康手帳の受領等に関する一切の権限を次のものに委任します。

受任者（代理人） 住所 _____
 氏名 _____ 委任者との関係 ()

***** 担当者記入欄 *****

<p>※妊婦本人</p> <p>・妊婦の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> なし</p> <p>・妊婦の身元確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 他 ()</p> <p>※代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 代理権</p> <p>・代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 他 ()</p> <p>・妊婦の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> なし</p>	<p>妊婦健診コード（必須） <input type="text"/></p> <p>受付担当者 <input type="text"/></p> <p>別冊番号 <input type="text"/></p> <p>別冊番号（多胎の場合） <input type="text"/></p> <p>多胎 <input type="checkbox"/> あり</p> <p>来所者 <input type="text"/> 本人・夫/パートナー・子(第 子)・その他 ()</p>
---	--

～妊娠された方への質問票～

市川市では、妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、妊娠中の状況をお伺いしています。
 以下は妊婦さんご本人がご回答いただき、あてはまるところに☐を、()には記入をしてください。

1	妊娠されて、今のお気持ちはいかがですか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> とても嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外だが嬉しかった <input type="checkbox"/> 楽しみ <input type="checkbox"/> ホッとした <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 何とも思わない <input type="checkbox"/> その他												
2	体調はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(つわり・頭痛・出血・不眠等) <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> その他()												
3	過去に流産・早産・死産・中絶手術の経験はありますか。	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right;">流産</td> <td><input type="checkbox"/>はい()回</td> <td><input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">早産</td> <td><input type="checkbox"/>はい()回</td> <td><input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">死産</td> <td><input type="checkbox"/>はい()回</td> <td><input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">中絶手術</td> <td><input type="checkbox"/>はい()回</td> <td><input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> </table>	流産	<input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ	早産	<input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ	死産	<input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ	中絶手術	<input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ
流産	<input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ												
早産	<input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ												
死産	<input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ												
中絶手術	<input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ												
4	現在治療中の病気はありますか。 「はい」の方は当てはまる病気にチェックをしてください。 (複数回答可) また、現在お薬は飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい()歳頃～ <input type="checkbox"/> ない ↓ 薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない 病院名() <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> うつ病・うつ状態 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他精神疾患() <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> その他()												
5	今までに受診、治療したことのある病気はありますか。 「はい」の方は当てはまる病気にチェックをしてください。(複数回答可) また、その時にお薬は飲んでいましたか。	<input type="checkbox"/> はい()歳頃 <input type="checkbox"/> ない ↓ 薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいた <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> うつ病・うつ状態 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他精神疾患() <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> その他()												
6	今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、精神科医師や心療内科医師、カウンセラー等に相談したことはありますか。 病名の例) 自律神経失調症	<input type="checkbox"/> はい()歳頃 <input type="checkbox"/> いいえ ↓ <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他() 薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいた <input type="checkbox"/> 飲んでいない (病名)												
7	たばこを吸いますか。 (電子タバコを含む)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right;">妊婦本人</td> <td><input type="checkbox"/>はい【1日()本】</td> <td><input type="checkbox"/>妊娠がわかってやめた</td> <td><input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">パートナー</td> <td><input type="checkbox"/>はい【1日()本】</td> <td><input type="checkbox"/>妊娠がわかってやめた</td> <td><input type="checkbox"/>いいえ</td> </tr> </table>	妊婦本人	<input type="checkbox"/> はい【1日()本】	<input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた	<input type="checkbox"/> いいえ	パートナー	<input type="checkbox"/> はい【1日()本】	<input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた	<input type="checkbox"/> いいえ				
妊婦本人	<input type="checkbox"/> はい【1日()本】	<input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた	<input type="checkbox"/> いいえ											
パートナー	<input type="checkbox"/> はい【1日()本】	<input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた	<input type="checkbox"/> いいえ											
8	お酒を飲みますか。	<input type="checkbox"/> 妊娠前から飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠してから飲んでいない <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む												
9	里帰り出産の予定はありますか。	<input type="checkbox"/> はい()都・道・府・県()市・区・町・村 出産病院() <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> いいえ												
10	妊娠中・出産後に協力してくれる人はいますか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない ↓ <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()												
11	夫・パートナーになんでも打ち明けることはできますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい												
12	こどもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい												
13	生活するうえで経済的な心配はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
14	土地勘はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい												
15	現在「困っていること」「心配なこと」「悩んでいること」等がありますか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ <input type="checkbox"/> 妊娠・出産のこと <input type="checkbox"/> 育児について <input type="checkbox"/> 自分の体のこと <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> その他()												
16	今、無戸籍児 [※] やDVなどの社会問題が取り上げられていますが、今後生活を送る上で不安なことはありますか。 <small>※離婚後300日以内に出産した場合や婚姻中に他のパートナーとの子を出産した場合、(前)夫の子どもとして戸籍が作られることとなります。それを避けるために出生届を提出しなければ無戸籍となります。</small>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ <input type="checkbox"/> 子どもが無戸籍になる可能性がある <input type="checkbox"/> 夫婦・家族関係(DVなど)についての不安がある <input type="checkbox"/> その他()												