

妊 娠 届 出 書

木更津市長 様

※太枠内をご記入下さい。(両面あります)

届出日 ○○年 ○月 ○日		届出者氏名 木更津 花子		妊婦との続柄()	
(ふりがな) 妊婦氏名	きさらづ はなこ		生年月日	昭和・平成○○年○月○○日(○○才)	
	木更津 花子		職 業	会社員(パート)	
			マイナンバー	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
居 住 地	木更津市 朝日3-10-19		妊婦と連絡のとれる電話番号 ○○○(8765)4321		
(ふりがな) 子の父の氏名	きさらづ たろう		生年月日	昭和・平成○○年○○月○○日(○○才)	
	木更津 太郎		職 業	会社員	
<input checked="" type="checkbox"/> 既婚 ¹ ・ <input type="checkbox"/> 未婚 ² (入籍予定 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)			非妊時の身長(158cm)・体重(50kg)		BMI()
妊娠の診断・保健指導を受けた医療機関・助産院			出産する医療機関等が左記と異なる場合		
医療機関名等	○○産婦人科医院		○○産婦人科クリニック 県内・県外()		
分娩予定日	平成○○年○月○○日		妊娠週数	○週	
今回の妊娠	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 ¹ ・ <input type="checkbox"/> 多胎 ² (人)	不妊治療 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ¹ 有 ²	分娩経験	無 ⁰ ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(○回)	
性病の健康診断	<input type="checkbox"/> 受けた ¹ ・ <input type="checkbox"/> 受けていない ²		結核の健康診断	<input type="checkbox"/> 受けた ² ・ <input type="checkbox"/> 受けていない ¹	
●現在治療中(経過観察中、疑いも含む)のものがありますか。					
無 ⁰ ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ¹ ・ <input checked="" type="checkbox"/> 切迫流産 ¹ ・切迫早産 ² ・貧血 ³ ・婦人科疾患 ⁴ () 高血圧 ⁵ ・腎臓病 ⁶ ・糖尿病 ⁷ ・心臓病 ⁸ ・結核 ⁹ ・気管支喘息 ¹⁰ ・てんかん ¹¹ 精神疾患 ¹² ()・その他 ¹³ ()					
●今までの妊娠について何か異常がありましたか。					
<input checked="" type="checkbox"/> 無 ⁰ ・有 ¹ : 流産(自然 回人工 回)・早産(回)・死産(回) 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) ¹ ・糖尿病 ² ・腎臓病 ³ ・その他 ⁹ ()					
第1子出生体重(39週3000g)、第2子出生体重(週 g)、第3子出生体重(週 g)					
●喫煙(たばこ)の状況について					
妊婦本人	1吸っていない 2妊娠を機にやめた→喫煙年数()年、1日()本吸っていた <input checked="" type="checkbox"/> 3吸っている → 喫煙年数(5)年、 <u>現在</u> 1日(5)本 ※妊娠して本数を減らした場合、 <u>妊娠前</u> は1日(20)本				
同居の人	1吸っていない 2妊娠を機にやめた <input checked="" type="checkbox"/> 3吸っている → 喫煙場所 <input checked="" type="checkbox"/> 屋外 ¹ ・別室 ² ・換気扇の下 ³ ・妊婦と同室 ⁴)				
●妊婦本人の飲酒状況について					
<input checked="" type="checkbox"/> 1飲んでいない 2妊娠を機にやめた 3飲んでいる 週()日					
●安心して出産を迎える為に保健師・助産師が電話や訪問でご様子を伺う事がありますのでご承知下さい。 <u>上記居住地以外へ連絡を希望される方は、ご記入ください。</u>					
住所: ()様方					
●個人情報の取扱い・母子健康手帳別冊の受領について、該当する項目の□にチェックし、ご署名願います。					
<input type="checkbox"/> この届出にかかる情報は木更津市で管理し、健康支援及び災害時支援において使用することを理解した上で、本書を木更津市に提出することに同意します。					
<input type="checkbox"/> 今後妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要な場合には、市から関係機関に対し必要な情報を提供することに同意します。					
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳別冊を受領しました。 署名					

母子健康手帳No.	住民登録	外国版交付	備 考
	有(NO:)・無	有(語)・無	

裏面の記入もお願いします。

下記は、健やかな妊娠・出産・子育てについて支援をさせていただくためのものです。

妊婦さんご本人がご記入ください。

●妊娠された気持ちはいかがですか？（最も近い気持ちを1つ）			
1 嬉しい 5 その他()	2 予想外だったが嬉しい	3 予想外で困っている	4 産むかどうか迷っている
●以下の質問にチェックして下さい			
(1) 妊娠の経過や自分の体のことで不安がある	<input type="checkbox"/> いいえ ¹	<input checked="" type="checkbox"/> はい ²	
(2) 実父母姉妹が高血圧症である	<input type="checkbox"/> いいえ ¹	<input checked="" type="checkbox"/> はい ²	
(3) 実父母姉妹が糖尿病(疑いも含む)である	<input type="checkbox"/> いいえ ¹	<input checked="" type="checkbox"/> はい ²	
(4) 実父母姉妹が腎臓病である	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ¹	<input type="checkbox"/> はい ²	
(5) 妊娠してからもお酒・たばこがやめられない	<input type="checkbox"/> いいえ ¹	<input checked="" type="checkbox"/> はい ²	
(6) ここ1年間にうつ状態が2週間以上続いたことがある (眠れない・イライラする・涙ぐみやすい・やる気がおきない・気分が沈む等)	<input type="checkbox"/> いいえ ¹	<input checked="" type="checkbox"/> はい ²	
(7) 心療内科や精神科で薬をもらったことがある	<input type="checkbox"/> いいえ ¹	<input checked="" type="checkbox"/> はい ²	
(8) 周囲に相談できる人や出産後に家事や育児を手伝ってもらえる人がいない	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ¹	<input type="checkbox"/> はい ²	
(9) 妊娠・出産・育児に関する費用が準備できそうにない	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ¹	<input type="checkbox"/> はい ²	
(10) 夫(パートナー)との関係に問題がある(暴力、不仲、経済面、定職がない等)	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ¹	<input type="checkbox"/> はい ²	
(11) 出産までの間に木更津市外へ転居の予定がある(里帰り出産は含みません)	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ¹	<input type="checkbox"/> はい ²	
(12) その他相談したいことがある(「はい」は、具体的に記入してください)	<input type="checkbox"/> いいえ ¹	<input checked="" type="checkbox"/> はい ²	
たばこやめられなくて困っている。			
●同居家族			
<input checked="" type="checkbox"/> 夫(ハ°-トナ) <input checked="" type="checkbox"/> 子ども(2歳)(歳)(歳)(歳) <input type="checkbox"/> その他(: 歳)(: 歳)(: 歳)			

子育て支援課記入欄	面接時血圧	/	mmHg
来所者：本人 ・ パートナー ・ 子 ・ 本人母 ・ 友人 ・ その他 ()			

PIH 評価： <input type="checkbox"/> 35歳以上、 <input type="checkbox"/> BMI25以上、 <input type="checkbox"/> 血圧140/90以上、 <input type="checkbox"/> 多胎、 <input type="checkbox"/> 既往(HT,DM,腎)、 <input type="checkbox"/> 家族歴							
GDM 評価： <input type="checkbox"/> BMI25以上、 <input type="checkbox"/> DM現病歴、 <input type="checkbox"/> DM家族歴、 <input type="checkbox"/> GDM既往歴、 <input type="checkbox"/> 巨大児分娩歴							
面接者	方針等			プラン	依頼日	担当	実施日