

妊 娠 届 出 書

木更津市長 様

※太枠内をご記入ください。(両面あります)

| 届出日 令和 年 月 日 | | 届出者氏名 | | 妊婦との続柄 () | |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--|
| (ふりがな) 妊婦氏名 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (才) | | | |
| | 職業 | | | | |
| | マイナンバー 個人番号 | | | | |
| 居住地 | 木更津市 | | 妊婦さんと連絡が取れる電話番号: () | | |
| (ふりがな) 子の父の氏名 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 (才) | | | |
| | 職業 | | | | |
| <input 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(cm)・体重(kg) | | BMI() | |
| 妊娠の診断・保健指導を受けた医療機関又は助産院及びその医師又は助産師の氏名 | | | 出産する医療機関 | | |
| 医療機関名等 | (医師・助産師) 氏名 | | 左記と同じ・異なる 県内・県外 () | | |
| 分娩予定日 | 令和 年 月 日 | 妊娠週数 | 週 | | |
| 今回の妊娠 | 単胎 ¹ ・多胎 ² (人) | 不妊治療 無 ¹ ・有 ² | 分娩経験 | 無 ⁰ ・有 (回) | |
| 性病の健康診断 | 受けた ¹ ・受けていない ² | 結核の健康診断 | 受けた ² ・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 ・有 ¹ : 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。 | | | | | |
| 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(週 g)、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 3 吸っている → 喫煙年数()年、現在 1日()本 ※妊娠して本数を減らした場合、 <u>妊娠前</u> は1日()本 | | | | |
| 同居の人 | 1 吸っていない 2 妊娠を機にやめた 3 吸っている → 喫煙場所(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 | | | | | |
| 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ために保健師・助産師が電話や訪問でご様子を伺う事があります。 ご承知ください。 <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 | | | |

裏面のご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 type="checkbox"/> はい ² | |
| (2) 困ったときに相談する人についてお尋ねします。 | | | |
| ① 夫には何でもうち明けることができますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> いない |
| ② お母さんには何でもうち明けることができますか。 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> いない |
| ③ 夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか。 | <input type="checkbox"/> はい ¹ | <input type="checkbox"/> いいえ ² | |
| (3) あなた自身は、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。 | <input type="checkbox"/> はい ¹ | <input type="checkbox"/> いいえ ² | |
| (4) 実父母姉妹が高血圧症である。 | <input type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| (5) 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 type="checkbox"/> はい ² | |
| (6) 実父母姉妹が腎臓病である。 | <input type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| (7) 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 type="checkbox"/> はい ² | |
| (8) 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 type="checkbox"/> はい ² | |
| (9) 心療内科や精神科で相談や、薬をもらったことがある。 | <input type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| (10) 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 type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| (11) 妊娠・出産・育児に関する費用が準備できそうにない。 | <input type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| (12) 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 type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| ① 子どもが無戸籍になる可能性がある。 ※離婚後300日以内に未婚で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。 | <input type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| (13) 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 type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| (14) その他相談したいことがある(「はい」は、下記に具体的に記入してください) | <input type="checkbox"/> いいえ ¹ | <input type="checkbox"/> はい ² | |
| ●同居家族 | | | |
| <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 子ども(歳)(歳)(歳)(歳) <input type="checkbox"/> その他(: 歳)(: 歳)(: 歳) | | | |

| ※健康推進課記入欄: ◎胎児心拍確定日: R 年 / ◎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 () | | | | |
| HDP 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 | 支援日 | アセスメントシート |
| 方針詳細: | 1か月以内フォロー・妊娠中期フォロー・新生児訪問時確認 相談時対応・終了・その他() | A | | 不要・要 |
| | | B-0 | | ()個 |
| | | B-1 | | 備考 |
| | | C-0 | | |
| | | C-1 | | |
| | | C-2 | | |