

# 妊 娠 届 出 書 記 入 見 本

市町村 5年保管

※太線の枠内を記入してください。

マイナンバー制度の施行に伴い、妊娠届出書にマイナンバーの記入が必要になります。

なお、マイナンバーについては、番号法に基づく事務に限り使用します。

母子健康手帳交付番号

号

ふりがな 妊婦氏名 (Pregnant woman full name)	とだ はなこ 戸田 花子	年齢 (Age) 32才	生年月日 (Date of birth) 60年 7月 8日生	職業 (Occupation) 主婦
夫または パートナー氏名 (Partner full name)	とだ たろう 戸田 太郎	年齢 (Age) 32才	生年月日 (Date of birth) 60年 9月 5日生	職業 (Occupation) 会社員
住 所 (Address)	戸田市 大字上戸田5番地6			Nationality (国籍) ※外国人妊婦のみ
電話番号 (Phone No.)	妊婦さんと連絡 できる電話番号 090-0000-XXXX			住基 確認
出生予定日 (Expected date of delivery)	平成 30年 10月 20日 (現在の妊娠週数 11 週)	診断を受けた 医療機関名	〇〇産院 病院 医師・助産師名 戸田山 一郎	
		出生予定 医療機関名	神奈川県 横浜 (市区町村) △△産婦人科 病院	
性病に関する健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	結核に関する健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	
今回の妊娠回数	1 回目	今までの出産回数	0 回	
上記届け出いたします。				
<input type="checkbox"/> マイナンバーが記入できないため、マイナンバーを市側が確認することに同意します。 (マイナンバーを記入できないときはチェック☑をつけてください。)				
平成 30年 4月 2日 (窓口に来所した人) 代理人の場合は委任状が必要になります。				(妊婦との続柄)
戸田市長 あて 届出人氏名 (Name) 戸田 花子				<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )

ご妊娠おめでとうございます。戸田市では、安心して妊娠・出産・子育てができますよう、切れ目ない体制でお手伝いをいたします。お母さんと生まれてくる赤ちゃんが健康で過ごせるよう、現在の体調やお気持ちをお聞かせください。なお、出産・子育て支援以外の目的では使用しませんが、関係機関と情報共有させていただく場合もありますので、ご了承ください。保健サービスのご案内等で、福祉保健センターの保健師からご連絡させていただく場合があります。ご協力をお願いいたします。(妊婦さんご本人がご記入ください。)

- 今回の妊娠がわかったときのお気持ちはいかがでしたか。  
うれしかった 困った 予想外で驚いた 戸惑った 不安 その他 ( )
- 現在までの妊娠経過は順調ですか。  
はい いいえ ( 出血があり、安静が必要と医師から言われている。 )
- 現在治療中または今までにかかった病気はありますか。  
なし あり ⇒ いつ頃 (期間 ~ ) 病名 ( )
- こころの問題で、現在または今までにどこかに相談や受診したことがありますか。  
なし あり ⇒ いつ頃 (期間平成27年10月頃 ~ 現在 ) どんな症状 ( うつ病 )
- 妊娠中から出産後にかけて、相談や援助をしてくれる人はいますか。  
いない  
いる ⇒ 夫 (パートナー) 実父母 義父母 兄弟姉妹 友人 その他 ( )
- 現在アルコールは飲みますか。  
飲まない 妊娠してやめた 飲む (量: を、頻度: 回/週)
- 現在たばこを吸いますか。  
吸わない 妊娠してやめた 吸う ( 本/日)
- 相談したいことはありますか。  
なし あり ⇒ 妊娠・出産のこと 夫 (パートナー) のこと 上の子のこと  
経済的なこと その他 ( )  
面談希望の有無 ⇒ あり なし

妊婦本人署名 戸田 花子

戸田市福祉保健センター 親子保健担当 TEL 048-446-6491

妊娠中や産後の心配事について、ご相談できます。お気軽に福祉保健センターまでご連絡ください。