

※太枠内を記入してください。

妊婦の 個人番号	個人番号確認書類をお持ちでない場合は☑を付けてください。 摂津市長が個人番号を閲覧・記載することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
-------------	---

## 妊娠届出書

下記のとおり届出するにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。

(届出先) 摂津市長

届出日	令和 年 月 日
-----	-------------

妊婦氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
		職業	

住所	摂津市	電話番号 (妊婦本人)	
----	-----	----------------	--

出産予定日	令和 年 月 日 (妊娠週数: 週) 単胎・多胎 ( 人)
-------	-------------------------------

妊娠の診断を受けた医療機関	【医療機関名】	【担当医師名又は助産師名】
---------------	---------	---------------

出産予定の医療機関	【医療機関名】	【担当医師名又は助産師名】
-----------	---------	---------------

1年以内に受けた検査 ※☑してください	<input type="checkbox"/> 性病 (血液検査) <input type="checkbox"/> 結核に関する健康診断 (ツベルクリン反応、胸部レントゲン)
------------------------	--

届出者	<input type="checkbox"/> 妊婦本人 代理人の場合、氏名 _____	代理人の続柄 夫・パートナー・実母・実父 義母・義父・その他 ( )
-----	--	--

※職員記入欄

- ・母子手帳交付番号 No. \_\_\_\_\_
- ・妊婦健診受診券 \_\_\_\_\_ 回分
- ・外国語対応: \_\_\_\_\_

○出産・子育て応援給付金

- 申請済 返信待ち 後日妊婦面談+申請要 その他

備考 \_\_\_\_\_

受付者

摂津市では、母子の健やかな生活を支援し、安心して出産・子育てをしていただくために、アンケートを実施しています。

該当する項目に☑など必要項目を記入していただきますようお願いいたします。

なお、ご記入いただいた内容につきましては、育児相談や乳児全戸訪問事業、その他の母子保健業務や子育て支援業務に使用させていただくことがございます。

1. 現在、次のような症状はありますか。※複数回答可 □特になし □血圧が高い □むくみ □気分の落ち込み □その他( )	
2. 現在、治療中の病気等がありますか。 □無 □有 ( 病名: _____ 投薬: _____ )	
3. 精神的なことでカウンセラーや心療内科・精神科などに相談したことがありますか。 □無 □有 (内容: _____ )	
4. お酒を飲みますか。 □以前から飲まない □以前は飲んでいましたが今は飲まない □時々飲む □毎日飲む	
5. タバコを吸いますか。 □以前から吸わない □以前は吸っていたが今は吸わない □吸う ( 本/日)	
6. あなたの身近な人にタバコを吸う人はいますか。 □いない □いる ( )	
7. あなたの職業を教えてください。 □主婦 □常勤(正社員) □派遣・契約社員 □パート・アルバイト □学生 □無職 □その他( )	
8. 今回の妊娠は何回目ですか。 _____回目	
9. 今回の妊娠について、あなたの気持ちを教えてください。※複数回答可 □うれしい □とまどっている □不安 □特に何も感じない □その他( )	
10. 現在、あなたと同居している方を教えてください。※複数回答可 □夫 □パートナー □子ども_____人( 歳 歳 歳 歳 歳) □実父 □実母 □義父 □義母 □その他( )	
11. あなたからの相談を聴き、支援してくれる人を教えてください。※複数回答可 □夫 □パートナー □実父 □実母 □義父 □義母 □その他( )	
12. 今回の妊娠や今後の出産・育児等について気がかりなことはありますか。 □妊娠や健康のこと □産後の子育てのこと □家族のこと □仕事のこと □経済的なこと □住居のこと □行政手続きに関すること □その他( )	
※職員記入欄	
	A. B. ( M P ) 時期 年 月