

※交付番号	
-------	--

## 妊 娠 届 出 書

ふりがな				生年月日	年 月 日 ( 歳)
妊婦氏名				職 業	
個人番号 (マイナンバー)				※個人番号の記入がなくても申請できます。 市で個人番号を取得させていただきます。	
ふりがな				生年月日	年 月 日 ( 歳)
夫(パートナー) 氏 名				職 業	
居住地	常総市				
電話番号	自宅：		携帯（妊婦）：		
妊娠週数	分娩予定日		初産・経産の別		
満 週(第 月)	年 月 日		<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(第 子)		
性病に関する検査（血液検査）			結核に関する検査（胸部レントゲン）		
<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない			<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		
診断を受けた医師若しくは助産師の氏名又は施設名					
氏 名			施設名		
母子保健法第15条の規定に基づき、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者氏名 (妊婦との続柄 ) 常総市長 宛					

**【個人番号の利用目的について】**

個人番号は、母子保健法施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法による妊娠の届出、母子健康手帳の交付等に関する事務で使用します。この個人番号は、当該事務において必要なくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合には、速やかに破棄します。

※代理人が申請する場合は、必ず記入してください。

### 委 任 状 （妊婦本人が記入してください）

年 月 日

委任者（妊婦本人） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、妊娠の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者（代理人） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (委任者との関係： )

※職員記入欄	<b>妊婦本人確認</b> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 (            )	<b>代理人本人確認</b> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 (            )
--------	---	--

ご妊娠おめでとうございます。  
 常総市では、お母さんが安心して妊娠・出産・子育てをしていただけるように、妊娠中からサポートしたいと考えています。下記の質問票にご記入ください。

**(1) 今までの妊娠・出産に関する事で、あてはまるものはありますか**  
 1. 流産 2. 早産 3. 死産 4. 低体重児出産 5. 不妊治療 6. その他( ) 7. なし

**(2) 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか**  
 1. 腎臓病 2. 高血圧 3. 心臓病 4. 糖尿病 5. こころの病気 6. その他( ) 7. なし

**(3) 今回の妊娠についてどのように感じていますか**  
 1. うれしかった 2. 予想外だったがうれしかった 3. 予想外だったので戸惑っている  
 4. その他( )

**(4) 妊娠・出産・育児について、身近に相談や協力してくれる人はいますか**  
 1. いない 2. いる → 夫(パートナー)・実父・実母・義父・義母・きょうだい・友人  
 その他( )

**(5) 妊婦さんはタバコを吸いますか**  
 1. 吸う 2. 妊娠前からやめていた 3. 妊娠を契機にやめた 4. 以前からまったく吸わない

**(6) 同居のご家族はタバコを吸いますか**  
 1. 吸う 2. 妊娠前からやめていた 3. 妊娠を契機にやめた 4. 以前からまったく吸わない

**(7) 妊婦さんはお酒を飲みますか**  
 1. 飲む 2. 妊娠前からやめていた 3. 妊娠を契機にやめた 4. 以前からまったく飲まない

**(8) 里帰り出産の予定はありますか**  
 1. ない 2. ある

**(9) 現在、子育て中の方にお聞きます**  
 お子さんは何人いますか( 人)  
 お子さんの健康状態や育児で心配や不安なことはありますか  
 1. ない 2. ある

**(10) 現在、心配なことはありますか**  
 1. ない 2. ある → 自分の体調のこと・妊娠や出産のこと・経済的なこと・家族のこと・夫婦関係のこと  
 その他( )

**(11) 出産する医療機関は決まっていますか**  
 1. 決まっている・検討している医療機関がある( ) 2. 決まっていない

ご記入ありがとうございました。記載内容や体調等の確認のため、後日保健推進課からご連絡いたします。  
 日中連絡可能な電話番号と時間帯をご記入ください。

電話番号: \_\_\_\_\_ 時間帯: \_\_\_\_\_



【常総市確認欄】 ※ここより下は記入しないでください。

受付(○を記載): ・こども課 ・暮らしの窓口課 ・保健推進課	連絡事項:  ( )
--	------------------