

妊婦個人番号
(マイナンバー)

令和 年 月 日

妊娠届出書

(兼母子健康手帳交付申請書)

清瀬市長 殿

届出者氏名 _____ 続柄 ()

届出者電話番号 _____

下記のとおり届け出ます

交付番号

ふりがな 妊婦氏名	生年月日	平成 昭和 _____年____月____日生 (_____歳)	職業
ふりがな 子の父の氏名	生年月日	平成 昭和 _____年____月____日生 (_____歳)	職業
居住地	〒 _____ 清瀬市 住民登録はどちらですか? 清瀬市 ・ 清瀬市以外 ※清瀬市に住民登録がない方は、妊婦健康診査受診票、超音波受診票は利用できません。		
電話番号	妊婦携帯 _____ () 自宅 _____ ()		
医師又は助産師の診断を受けた医療機関名	() 市・区		
初産・経産の別	初産 ・ 経産 今までの妊娠回数(今回は含まない) (_____回) / 今までのお産回数 (_____回) ・ 今回の妊娠は 自然妊娠 ・ 不妊治療 ・ 今までの妊娠及び分娩において何かトラブルはありましたか? いいえ ・ はい はいの方は詳細をご記入ください。(_____) ・ 未熟児など健康上心配のあるお子さんを分娩したことはありますか? いいえ ・ はい はいの方は詳細をご記入ください。(_____)		
妊娠週数	満 _____ 週 (第 _____ カ月)	出産予定日	令和 _____年____月____日

以下の質問にお答えください。

- 妊娠を知った時の気持ちを教えてください。 _____ とても嬉しかった ・ 喜びと困った気持ち半々 ・ 困った
- 現在の家族構成 (_____) 人家族 { 夫 ・ 子ども (_____) 歳 (平成・令和 _____年____月____日生/男・女)
(_____) 歳 (平成・令和 _____年____月____日生/男・女)
(_____) 歳 (平成・令和 _____年____月____日生/男・女)
夫の父 ・ 夫の母 ・ 実父 ・ 実母 ・ その他 (_____)
- 既往歴はありますか? なし ・ あり
ありの方 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎疾患 ・ 結核 ・ 喘息 ・ 甲状腺疾患 ・ 精神疾患
・ 心臓病 ・ 婦人科系疾患 ・ 肝炎 ・ その他病名 (病名 _____)
- 嗜好品について たばこ 本人 { 吸わない ・ 吸う(1日 _____本) ・ やめた }
家族 (_____) { 吸わない ・ 吸う(1日 _____本・喫煙場所 _____) }
酒類 飲まない ・ ときどき飲む ・ 毎日飲む ・ やめた
- 出産予定の医療機関名 (_____ 都内 ・ 都外 ・ 助産所)
- 出産後、手伝ってくれる人はいますか? いない ・ いる (夫 ・ 夫の父 ・ 夫の母 ・ 実父 ・ 実母 ・ その他
実家地 (妊婦: _____ 夫: _____)
里帰り予定 (あり ・ なし)
- 妊娠・出産に関して、心配なことや相談したいことをご記入ください。
(_____)

※後日、記入内容についてご連絡させていただく場合がございます。

受付者サイン (_____)

妊娠週数	・満11週以下(_____)	・満12~19週(_____)	・満20~27週(_____)	・満28週以上(_____)	・不詳(_____)
妊婦健康診査受診票冊子	個人番号確認	身元確認	若年者保護者連絡先確認		
(代理人の場合)委任状	多胎子ラシ(妊健・移動)				

18歳未満の方

- 保護者の方は、妊娠の事実をご存じですか？ はい ・ いいえ
- 保護者の方の お名前 _____ お電話番号 _____
- ご住所（別居の場合） _____

未入籍の方

- ご入籍のご予定 あり（ 月頃） ・ なし
- お住まいの状況 別居 { 同居予定 あり(月頃) ・ なし } ・ 同居
- お引越のご予定 あり { 市内 ・ 市外() } ・ なし

個人番号確認方法(妊婦本人)	
番号確認	通知カード マイナンバーカード 住基 その他()
身元確認	運転免許証 マイナンバーカード 保険証 パスポート その他()
必要なし 了承済み 未承諾	

代理の方による提出の場合	
身元確認(代理人)	運転免許証 マイナンバーカード 保険証 パスポート その他()
理由	仕事 体調不良(切迫/つわり/その他) その他()
状況	自宅安静 入院 その他()

面接時間 (: ~ :)