

# 妊 娠 届 出 書

妊婦ご本人の住民票が西東京市にあることを、職員が確認します。

妊婦	ふりがな 氏名：	住所： 西東京市	職業：
	生年月日： 年 月 日生 ( )歳	電話番号：	
子の父 (パートナー)	ふりがな 氏名：	住所： □ 同上	職業：
	生年月日： 年 月 日生 ( )歳	電話番号：	
上記以外の 連絡先	ふりがな 氏名：	電話番号：	
加入の健康保険	妊婦との関係 ( )		同居の家族 ( )人
性病に関する 血液検査	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない	結核に関する 健康診断	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない
妊娠週数	<input type="checkbox"/> 満 <input type="checkbox"/> 週	分娩予定年月日	年 月 日
妊娠・出産暦	今回の妊娠は ( ) 回目		今までの出産は ( ) 回
妊娠について診断を受けた 医療機関または施設	医療機関・施設名： 所在地：		
1	妊娠がわかったときの 気持ちはいかがでしたか (いくつでも)	1.とても嬉しかった 2.予想外で驚いたが嬉しかった 3.予想外でとまどった 4.何とも思わなかった 5.困った 6.その他 ( )	
2	今まで治療したことがある 病気について	1.なし 2.糖尿病 3.高血圧 4.腎臓病 5.心臓病 6.婦人科疾患 7.こころの病気 8.甲状腺機能疾患 9.その他 ( )	
3	現在治療している病気について	1.なし 2.糖尿病 3.高血圧 4.腎臓病 5.心臓病 6.婦人科疾患 7.こころの病気 8.甲状腺機能疾患 9.その他 ( )	
4	タバコを吸いますか	1.吸わない 2.やめた 3.吸う 1日 ( ) 本 × ( ) 年 4.家族が吸う	
5	お酒を飲みますか	1.飲まない 2.やめた 3.飲む ( ) 回/週・月	
6	里帰りの予定はありますか	1.なし 2.あり (里帰り場所： 市町村 ) 3.未定	
7	出産後、育児や家事を 手伝ってもらえる人はいますか	1.パートナー 2.自分の父母 3.パートナー-父母 4.兄弟・姉妹 5.友人 6.親戚 7.いない	
8	妊婦健診・出産費用について 困っていることはありますか	1.いいえ 2.はい	
9	妊娠・出産・育児について 心配なことはありますか	1.なし 2.あり ( 具体的な内容 )	

【確認事項】 以下について確認いただき、チェックをいれてください。

- 妊婦健康診査受診券は、西東京市に住民票のある方に交付します。紛失した場合の再交付はできません。西東京市に住民票がないまま利用された方、または、東京都外へご転出された方が西東京市発行の受診票をご利用になった場合、健診費用を請求させていただきますこととなります。
- 西東京市では、皆さまが安心して出産・育児を迎えられるよう、妊娠期から支援しております。そのため、本届出内容について西東京市子ども家庭支援センター等の関係各課と情報を共有することがあります。また保健師や関係各課よりご連絡をさせていただきます場合があります。

上記の確認事項について同意し、届出します。

年 月 日

西東京市長 あて

届出者氏名

印

代理の場合、妊婦との続柄

( )

受付者：