

# 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： <input type="checkbox"/> 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：	
	妊婦との関係 ( )		
加入の健康保険	国保 社保 共済 その他 ( )	同居の 家族	同居の家族 妊婦さんを含めて ( ) 人 子の父 ・ パートナー
性病に関する 血液検査	受けた 受けてない 結核に関する 健康診断 受けた 受けてない		第1子 歳
妊娠週数	満 週 分娩予定年月日 年 月 日		第2子 歳
妊娠・出産暦	今回の妊娠は ( ) 回目 今までの出産は ( ) 回		第3子 歳
			第4子 歳
		その他	
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 現在の体調はいかがですか	1.よい 2.よくない⇒つわり ・ 疲れやすい ・ 眠れない ・ イライラする ・ 不安 その他 ( )		
3 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 ( )		
4 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 ( )		
5 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		
6 お酒を飲みますか	1.飲まない 2.やめた 3.飲む ( ) 回/週・月		
7 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		
8 出産する病院は 決まっていますか	1.はい (医療機関・施設名 ) 2.いいえ		
9 妊娠・出産について 相談できる人はいますか	1.パートナー 2.自分の父母 3.パートナーの父母 4.兄弟・姉妹 5.友人 6.親戚 7.いない 8.その他 ( )		
10 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.パートナーの父母 4.兄弟・姉妹 5.友人 6.親戚 7.いない		
11 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		
12 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、チェック等をいれてください。			
★ 専門職との「たまご面接」(妊娠期から産後の過ごし方についての「出産準備プラン」をお話すること)を受けられた方に、たまバケをお渡ししています。※「たまご面接」の所要時間：30分程度(母子手帳発行含め) 本日面接を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (→ <input type="checkbox"/> 後日を希望：改めて健康課からご連絡します <input type="checkbox"/> 後日でも希望しない)			
★ たまバケのギフトカタログには有効期限があります。期限内に注文が完了しない場合はギフトカタログの委託先に個人情報を提供し、本市がセレクトした商品をお届けします。お渡しできるたまバケ・感染予防パッケージはお1人1回までです。再交付はできません。 個人情報の提供に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない(同意しない場合はセレクト商品の発送はできません。)			
<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査等の受診券は、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くこととなります。			
<input type="checkbox"/> 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く場合があります。			
上記の確認事項について同意し、届出します。			
届出日 年 月 日		代理の場合、妊婦との続柄	
西東京市長 あて		届出者氏名 印 ( )	

◆マイナンバー記載欄

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

以下、健康課記入欄

- ◆個人番号確認書類     マイナンバーカード    通知カード    マイナンバー記載の住民票    その他 (                      )
- ◆ご本人様確認書類 (1点)     免許証    マイナンバーカード (写真入り)    パスポート    その他 (                      )
- (2点)     健康保険証     児童扶養手当証書     年金手帳     その他 (                      )

住民票	<input type="checkbox"/> 当市にあり ( <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 市民課確認 (届出当日転入) ) <input type="checkbox"/> 他自治体 (                      )		
<b>たまご面接 済</b>		<b>たまご面接 未</b>	収受印
たまパケ	①ギフトカタログ ②タオル又は沐浴布 ③エコバッグ	<input type="checkbox"/> お渡し済 <input type="checkbox"/> 後日郵送 ※カタログ番号：	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 面接は後日希望 <input type="checkbox"/> 面接希望なし         </div>
感染予防 パッケージ	①こども商品券8枚 ②手作り布マスク	<input type="checkbox"/> お渡し済 (こども商品券8枚あることを確認) <input type="checkbox"/> 後日郵送	
産後交付			受付者