

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	氏名： ふりがな	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)	氏名： ふりがな	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	氏名： ふりがな	電話番号：		
加入の健康保険	妊婦との関係 ()		同居の家族 妊婦さんを含めて () 人	
性病に関する 血液検査	国保 社保 共済 その他 ()	同居の 家族	子の父 ・ パートナー	
妊娠週数	受けた 受けてない		結核に関する 健康診断	第1子 歳
妊娠・出産暦	受けた 受けてない		受けた 受けてない	第2子 歳
	満 週		分娩予定年月日 年 月 日	第3子 歳
	今回の妊娠は () 回目	今までの出産は () 回	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： 区市町村) 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(妊婦面接)」を受けた方に、たまごをお渡ししています。※たまご面接とは、妊娠期から産後1か月の 過ごし方のお話をしたり、その他ご相談をお受けするものです。(面接の所要時間：母子健康手帳の交付を含め30分程度) 本日たまご面接を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (→ <input type="checkbox"/> 後日を希望 <input type="checkbox"/> 後日でも希望しない)				
★ 配布したたまごの再交付はできません。また、ギフトカタログには申込期限があります。期限内にお申し込みがなくご出産を迎えた場合は、 本市がセレクトした商品をお届けしています。 本市がセレクトした商品の送付を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診票14枚、妊婦子宮頸がん検診受診票1枚、妊婦超音波検査受診票1枚、新生児聴覚検査受診票1枚(多胎の場合は胎児の 枚数)を交付します。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受診票を利用した方、または、東京都外へ転出 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。				
<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		()	

