

妊 娠 届 出 書

上富田町長 あて

No.

年 月 日

住民登録地 (アパート名も記入)	上富田町 南紀の台・朝来・岩崎・岩田・市ノ瀬・下鮎川・生馬・岡			(町内会)			
ふりがな				ふりがな			
妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定 あり・なし)			夫の氏名			
妊婦の年齢	歳 (年 月 日生)			夫の年齢	歳 (年 月 日生)		
妊婦の職業				夫の職業			
自宅電話番号				妊婦の携帯番号			
妊婦の個人番号							
妊娠週数	満 週 (か月)			診断を受けた 病院・助産院			
最終月経	年 月 日			出産予定の 病院・助産院			
出産予定日	年 月 日			初めての 出産ですか?	はい・いいえ(回目)		
結核に関する健康診断を1年以内に受けましたか					はい・いいえ・分からない		
性病に関する検査(血液検査等)を1年以内に受けましたか					はい・いいえ・分からない		

今までに病気にかかったことや通院歴はありますか			いいえ・はい		
内容 [貧血・高血圧・妊娠高血圧症候群・精神疾患(心療内科)・心臓病・糖尿病・腎臓病・その他()]					
現在、内服している薬はありますか			いいえ・はい		
薬剤名 [] ⇒ 医師の指示 内服(中止・継続)					
流産、中絶または死産を経験されたことはありますか			いいえ・はい		
流産(12週未満)	回	中絶	回		
早産(死産を除く)	回	死産	回		
2500グラム未満のお子さんを出産された経験がありますか			いいえ・はい(人)		
☆同居している家族の氏名	続柄	生年月日	◆飲酒しますか		
			日頃より飲酒(しない・する) ※すると答えた方は下記もお答えください		
			現在は(禁酒している・時々飲酒・毎日飲酒する)		
			◆あなたは、たばこを吸いますか		
			吸わない・以前、吸っていた・吸っている(1日約 本)		
			◆同居人の喫煙		
			無・有(夫・祖父・祖母・その他)		

～こんにちは赤ちゃん訪問・未熟児の訪問指導に係る家庭訪問について～
上富田町では出産後にこんにちは赤ちゃん訪問(出生体重2,500g以上)または未熟児(出生体重が2,500g未満)の訪問指導を実施しています。産後、上記電話番号に保健師から家庭訪問のための連絡をさせていただきます。

◆今回の妊娠についてお聞きます

1	現在、妊娠は順調ですか。	はい・いいえ（理由：_____）
2	今回の妊娠が分かったときはどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③困った ④何とも思わない ⑤その他（_____）
3	困ったとき助けてくれる人はいますか。	いいえ・はい（夫・祖母・祖父・その他_____）
4	里帰りする予定はありますか。	ない・ある（ご自宅に戻るのはいつですか？_____月頃） 里帰り先の地区名・町名：（_____）
5	現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などがありますか。	なし あり ⇒ 妊娠・出産について・経済的なこと・身体のこと 夫婦（パートナー）関係のこと・家族関係のこと 育児の仕方・その他（_____）
6	この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	いいえ・はい（_____）
7	今回の妊娠は一般不妊治療をしましたか	受けていない・受けた（治療費助成の申請 未・済）
8	児童扶養手当（ひとり親家庭）受給について	受給していない・受給している
9	転出の予定はありますか？	ない・ある（転出予定日：_____月／転出先：_____）
10	あなたの地区を担当する母子保健推進員が、乳幼児期に訪問させていただいてもさしつかえないですか。	さしつかえない・いらない

◆助産師による訪問について

★助産師による妊婦訪問（希望する・希望しない）

└──────────┘ 【希望日：妊娠_____週頃】
（希望日がない場合は妊娠28週頃に助産師からご連絡します）

- ◎ 妊娠中に1回、助産師による訪問を無料で受けることができます。
生活上の注意点や、食事、運動、腰痛など、妊娠中の悩みや不安を相談することができます。
連絡は、ご記入頂いた電話番号に助産師から連絡をさせていただきます。

★産後にご自宅への赤ちゃん訪問があります

- ◎ 産後に1回、助産師による訪問を無料で受けることができます。
◎ 産後、ご記入頂いた電話番号に担当から連絡をさせていただきます。
◎ 第1子と転入の方につきましては、必ず保健師も訪問させていただきます。

◆上富田町マタニティ応援プロジェクトについて（詳しくは別紙参照）

★金芽米の受け取り（希望する・希望しない）

～ 関係機関での情報共有について ～

妊娠中や産後の訪問等のため、委託している助産所、病院、母子保健推進員、民生委員・児童委員に、妊娠中や産後の経過を情報提供させていただくことがあります。情報提供につきまして、ご署名をお願いいたします。

（ 同意をします ・ 同意しません ）

ご署名 _____