

妊 娠 届 出 書

母子健康手帳番号

※記入しないでください

三浦市長

年 月 日

届出者 氏名

妊婦との続柄 本人・夫・()

市が個人番号(マイナンバー)を確認することに同意しますか。※母子保健法施行規則で定められています。 <input type="checkbox"/> 同意します。				
妊産婦タクシー券(1万円分)の発行を希望しますか。※希望する妊婦に対して無料で発行します。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
妊 婦	ふりがな		昭和 年 月 日	
	氏名		平成 (歳)	
	居住地	三浦市		
	電話番号	自宅	携帯電話	
	出産予定日	年 月 日	妊娠週数	週
	職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他() 仕事の内容()		
	妊娠中・出産後の予定 ※就業者のみ	<input type="checkbox"/> 産・育休を取得後、復帰する <input type="checkbox"/> 出産を機に退職する <input type="checkbox"/> 未定		
	子の父との関係	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 入籍予定(年 月頃) <input type="checkbox"/> 入籍しない <input type="checkbox"/> 未定		
転出(市外へ引越し)予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(転出先住所)			
子 の 父	ふりがな		昭和 年 月 日	
	氏名		平成 (歳)	
	居住地	(妊婦と異なる場合記載)		
	電話番号	自宅	携帯電話	
	職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他() 仕事の内容()		
家族構成	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 子ども(人) → ※小さい子から順に記入 ①名前 (年 月 日生) ②名前 (年 月 日生) ③名前 (年 月 日生) ④名前 (年 月 日生) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他()			
里帰り予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未定 里帰り先住所 () 里帰り期間 ()			
妊娠中や産後に 手伝ってくれる方	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()			
診断医療機関 ※医療機関が記載	医療機関名(施設名)・医師名 *未記入または手書きの場合は受診確認をさせていただきます。			
出産予定施設	<input type="checkbox"/> 診断を受けた医療機関と同じ <input type="checkbox"/> それ以外(医療機関・施設名) <input type="checkbox"/> 未定			

妊娠届出書を三浦市子ども課（親子相談センターひなたぼっこ）に提出してください。

この用紙を三浦市子ども課（親子相談センターひなたぼっこ）に提出し、母子健康手帳をお受け取りください。その際、妊婦さんに対して母子保健コーディネーター（助産師・看護師）や保健師がお話を伺います。

お時間を要しますので余裕をもってお越しください。

また、届出後は妊娠中に母子保健コーディネーターや保健師が連絡することがあります。ご承知おきください。

三浦市役所 子ども課（親子相談センターひなたぼっこ）

【住 所】三浦市城山町1-1 市役所分館2階 【受付時間】平日 8時30分～16時45分

【電話番号】046-882-1111（内線 335, 336, 337, 338）

～ 個人情報の取り扱いについて ～

今後の母子保健サービスを円滑かつ効果的に提供するために利用し、それ以外の目的では利用いたしません。出産予定日を過ぎてても出生届等が提出されていない場合、ご本人に連絡を取ることがあります。なお、ご本人に連絡が取れない場合、診断医療機関あるいは出産予定施設に連絡を取ることがあります。

<以下の内容についてお答えください>

現在、たばこを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸う（本数 本/日） <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 以前から吸わない
同居の方はたばこを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 吸う（本数 本/日） <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 以前から吸わない
現在、お酒を飲みますか？	<input type="checkbox"/> 飲む（頻度 回/週・月） <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 飲まない
現在治療中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名： ）（服薬中の薬： ）
今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名： ）（服薬中の薬： ）
精神的な困りごとで心療内科や精神科クリニックなどに相談したことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 過去に受診（ ～ 歳） <input type="checkbox"/> 現在受診中（ 歳頃～現在） （相談機関（病院名等）： ） （診断名・症状： ） （服薬中の薬： ）
今までに妊娠・出産をしたことがありますか？	今回の妊娠が（ 回目） 過去に（ 回）出産 ※今回の妊娠が初めての場合、「1回目」となります。
不妊・不育治療をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（今回妊娠： <input type="checkbox"/> 治療で妊娠 <input type="checkbox"/> 自然妊娠） <input type="checkbox"/> 保険適応外の治療も行いましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去に流産・早産・低出生体重児（2,500g未満）の出産や妊娠中の問題がありましたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> 妊娠中の問題（ ）
今回の妊娠・出産について医師から何か問題があるとされていることはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（具体的： ）
今回の妊娠について、今の気持ちに近いものはどれですか？	<input type="checkbox"/> 嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑ったが、今は嬉しい <input type="checkbox"/> なんとも思わない <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑っている <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> 不安
困ったことや悩みを相談できる人はいますか？	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他（ ）
あなた自身は、子どもの頃から周囲に大切にされて育ったという実感がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> よくわからない
今、不安なことや心配なことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> 健診や出産の費用 <input type="checkbox"/> 仕事との両立 <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 夫婦（パートナー）との関係 <input type="checkbox"/> 家族との関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他、相談したいこと	
赤ちゃんへのメッセージを一言お願いします。	

※記入しないでください

住基確認 個人番号（マイナンバー） 補助券交付 妊婦タクシー券交付 面接者（ ）