

【 以下の内容についてお答えください 】

○ 生活習慣について

現在、たばこを吸いますか？	吸っている(1日 本) ・妊娠を機にやめた ・以前から吸わない
同居の方はたばこを吸いますか？	吸っている(1日 本) ・妊娠を機にやめた ・以前から吸わない
現在、お酒を飲みますか？	飲む(頻度 回/週・月) ・妊娠を機にやめた ・飲まない

○ 健康・妊娠・出産について

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()
今までにかかったことのある病気はありますか？	<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"/> ある(歳から)(相談機関(病院名等):) (診断名・症状:)(服薬中の薬:)
これまでに妊娠・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(今回は、治療で妊娠・自然妊娠 である) <input type="checkbox"/> 保険適応外の治療も行いましたか？ (はい ・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"/> ある (流産・早産・低出生体重児(2,500g未満)・妊娠中の問題・その他)
今回の妊娠で、赤ちゃんやあなたの体のことについて、医師から何か問題があると言われてますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に:)
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？	嬉しい ・予想外で戸惑ったが、今は嬉しい ・なんとも思わない 予想外で戸惑っている ・困っている ・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"/> はい (夫・パートナー・実父・実母・義父・義母・兄弟姉妹・友人・その他) <input type="checkbox"/> いいえ
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？	ある ・ なんとなくある ・ あまりない ・ ない ・ 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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(当てはまるもの全てに○をつけてください) ・出産 ・子育て ・健診や出産の費用 ・仕事との両立 ・経済面 ・夫婦(パートナー)との関係 ・家族との関係 ・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。	

※この届出書によって、妊娠中に助産師あるいは保健師等が連絡する場合があります。

この用紙を子ども課(子育て世代包括支援センター)に提出し、母子健康手帳をお受け取りください。その際、母子保健コーディネーター(助産師・看護師)、保健師がお話を伺います。

母子健康手帳や説明等で、お時間がかかります。お時間に余裕をもってお越しください。

受付時間は、月～金(年末年始・祝祭日を除く)の8時30分～17時00分です。

【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。

<問合せ>三浦市役所 子ども課(子育て世代包括支援センター)

住所:三浦市城山町1-1 市役所分館2階 電話:046-882-1111(内線335-336-337-338)

住基確認 マイナンバー 補助券交付 妊産婦タクシー券交付 面接者()