

## 妊娠届出書

市町村5年保存

以下の内容について、ご記入ください。  
マイナンバー制度の施行に伴い、妊娠届出書にマイナンバーの記入が必要になります。  
なお、マイナンバーについては、番号法に基づく事務に限り使用します。

住基確認 身分証確認

母子健康手帳交付番号 号

フリガナ 氏名 (Pregnant woman full name)		生年月日 (Date of birth)	昭和・平成 (西暦) 年 月 日生 満 歳
個人番号 (My number)		国籍 (Nationality)	外国人妊婦のみ 在留カード 年月日
居住地 (Address)	〒335-00 戸田市	電話番号 (Phone number)	自宅: 携帯(本人): その他
住所変更予定 (転居先)	なし・あり (時期: 月頃)	最近(ここ1年間)の転居歴	なし・あり (前居住地: )
里帰り出産の予定	なし・あり(帰省先 都道府県 市町村)		未定
職業 (Occupation)	継続予定(産休 月頃)・退職予定( 年 月頃)		
フリガナ 夫(パートナー)の氏名 (Partner full name)		夫(パートナー)の生年月日 (Date of birth)	昭和・平成 (西暦) 年 月 日生 満 歳
夫(パートナー)の居住地 (Partner address)	妊婦と同じ 違う場合は下に記入 〒 -	夫(パートナー)の電話番号 (Partner phone number)	自宅: 携帯(本人):
		夫(パートナー)の国籍 (Nationality)	外国人のみ
婚姻状況 (Marital status)	結婚している(時期: 年 月) これから結婚する予定(時期: 年 月頃) 結婚する予定はない その他( )		
実家 (市区町村まで)	妊婦: 都道府県 市町村	夫(パートナー):	都道府県 市町村
出産予定日 (Expected date of delivery)	令和 年 月 日	現在の妊娠週数 (何か月ですか)	満 週 ( か月)
診断を受けた医療機関名及び所在地	病院	出産予定医療機関名及び所在地	病院
医師・助産師名			
今回の妊娠で受けた検査	受けていない・受けた	性感染症血液検査・結核の胸部レントゲン撮影 その他( )	
今回の妊娠回数	回目	今までの出産回数	回

上記届け出いたします。

マイナンバーが記入できないため、マイナンバーを市側が確認することに同意します。  
(マイナンバーを記入できないときはチェック☑をつけてください)

令和 年 月 日

(妊婦との続柄)

戸田市長 へて 届出人氏名 (Name)

本人

その他( )

(窓口に来所した人) 代理人の場合は委任状が必要になります。

戸田市福祉保健センター 親子保健担当 TEL 048-446-6491

[市保管用]

妊娠中や産後の心配事について、ご相談できます。お気軽に福祉保健センターまでご連絡ください。

令和4年4月1日改訂

ご妊娠おめでとうございます。安心・安全な妊娠・出産をサポートします。

妊婦さんご本人がご記入ください 記入もれのないよう該当するものに○をつけてください

1	今回の妊娠について、 現在どのようなお気持ちですか	うれしかった ・ 困った ・ 予想外で驚いた 戸惑った ・ 不安 ・ その他( )			
2	これまでの妊娠・出産において 右記の経験がありますか	いいえ	はい	自然流産( 回) ・ 人工流産( 回) ・ 死産 出産後にお子さんを亡くした ・ 不妊治療 早産 ・ 体重2,500g未満のお子さんを出産 その他( )	
3	今までにかかったことのある病気 や治療中の病気はありますか	いいえ	はい	通院中 ・ 通院終了 ・ その他( ) 【病名】 【期間】 年 月頃 ~ 年 月頃	
4	今までにこころの問題で、カウンセ ラーや精神科医師、または心療内科 医師等に相談したことがありますか	いいえ	はい	通院中 ・ 通院終了 ・ その他( ) 【相談先・医療機関名】 【期間】 年 月頃 ~ 年 月頃 【内容】	
5	最近の体調はいかがですか	よい	よくない	つわり ・ 疲れやすい ・ 眠れない ・ 気分が沈む その他( )	
6	出産費用や生活費に困っていますか	いいえ	はい	【内容】	
7	初婚ですか	本人	はい	いいえ	1回目( 歳) ・ 2回目( 歳)
		パートナー	はい		
8	夫(パートナー)との関係の中で 困っていることはありますか	いいえ	はい	不仲 ・ きつい言葉 ・ 暴力 その他( )	
9	お子さんのことで、相談や 困っていることがありますか?	いいえ	はい	【内容】	
10	妊娠中や出産後、相談・協力をし てくれる人がいますか	いいえ	はい	パートナー ・ 妊婦さんの父親/母親 ・ パートナーの父親/母親 きょうだい ・ 友人 その他( )	
11	あなた自身は、子どもから 愛情を受け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			
12	たばこを吸いますか	吸わない ・ 妊娠を機にやめた ・ 本数を減らした ・ 吸う(1日 本)			
13	同居の方はたばこを吸いますか	吸わない ・ 妊娠を機にやめた 配慮して吸っている ・ 以前と同じく吸っている			
14	アルコールを飲みますか	飲まない ・ 妊娠を機にやめた 時々飲んでいる ・ 毎日飲んでいる			

現在の家族及び世帯者の名前・生年月日などを記載してください

お名前	続柄	同・別居	生年月日	健康状態・治療中の病気	職業、学校、保育園、幼稚園等
		同・別			
		同・別			
		同・別			
		同・別			
		同・別			

妊娠週数が20週以降の場合は、届出が遅れた理由をご記入ください。

何か気がかりなことや悩み、心配事などがありましたらご自由にご記入ください。

妊娠・出産の届出内容について、必要に応じて妊娠や出産に関する相談、情報提供及び家庭訪問のために市の関係者や医療機関等とやり取りすることに同意します。

本人署名

- 保健師等が、妊婦さんの不安や悩みなどについてご相談をお受けします。お電話やご家庭への訪問もいたしますので、お気軽にご相談ください。
- ご記入いただいた内容は、個人情報として厳重に取り扱い、妊産婦さんの支援以外の目的では使用いたしません。