

No.

|    |    |    |    |
|----|----|----|----|
| 課長 | 班長 | 係長 | 係員 |
|    |    |    |    |

妊 娠 届 出 書

|                                                                         |                                             |                         |             |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|-------------|
| 妊婦氏名                                                                    |                                             | パートナー氏名                 |             |
| 生年月日                                                                    | 年 月 日 ( 歳 )                                 | 生年月日                    | 年 月 日 ( 歳 ) |
| 電話番号                                                                    |                                             | 電話番号                    |             |
| 職業                                                                      |                                             | 職業                      |             |
| 勤務先                                                                     |                                             | 勤務先                     |             |
| 居住地                                                                     | 会津坂下町                                       |                         |             |
| 出産予定日                                                                   | 年 月 日                                       | 初診日<br>(医療機関から届出書もらった日) | 年 月 日       |
| 既往出産の有無                                                                 | 有 ・ 無 ( 出産回数 回 ( 流・早・死 回 )、現在生きている子どもの数 人 ) |                         |             |
| 性病に関する健康診断の有無                                                           | 有 ・ 無                                       | 結核に関する健康診断の有無           | 有 ・ 無       |
| 医療機関名 ( 助産所 )                                                           |                                             | 健康保険の種類                 | 社保 ・ 国保     |
| 上記のとおり届出します。<br>会津坂下町長宛<br>令和 年 月 日 氏名 ( 続柄 )<br>※届出が本人でない場合は、続柄を記入すること |                                             |                         |             |

あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します

支援の参考にするため、次の質問にご回答をお願いします。ご記入いただいた内容は個人情報として取り扱い、プライバシーを保護します。

|    |                                                            |                                                                  |      |                                                                                                                           |
|----|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 妊娠を知った時のお気持ちはいかがでしたか                                       | ①うれしかった ②予想外だったがうれしかった<br>③予想外で戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない<br>⑥その他(内容: ) |      |                                                                                                                           |
| 2  | 最近の体調はいかがですか                                               | よい                                                               | よくない | 疲れやすい ・ 眠れない ・ 気分が沈む<br>その他( )                                                                                            |
| 3  | 現在困っていることや、心配に思うことはありますか                                   | いいえ                                                              | はい   | おなかの子どものこと ・ 出産に関して<br>ご自身の健康 ・ 上の子の子育て<br>夫婦生活 ・ その他( )                                                                  |
| 4  | 里帰りの予定はありますか                                               | いいえ                                                              | はい   | <input type="checkbox"/> 妊婦の実家 ( 県 市町村 )<br>協力者 ( 有 ・ 無 )<br><input type="checkbox"/> パートナーの実家 ( 県 市町村 )<br>協力者 ( 有 ・ 無 ) |
| 5  | 妊娠中や出産後、相談・協力してくれる人はいますか                                   | いいえ                                                              | はい   | パートナー ・ 親 ・ きょうだい<br>友人 ・ その他( )                                                                                          |
| 6  | 経済的に困っていますか                                                | いいえ                                                              | はい   |                                                                                                                           |
| 7  | 今回の妊娠は不妊治療をしましたか                                           | いいえ                                                              | はい   |                                                                                                                           |
| 8  | 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか                                  | いいえ                                                              | はい   | 病名( )                                                                                                                     |
| 9  | 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   |                                                                                                                           |
| 10 | 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                       |                                                                  |      |                                                                                                                           |