

届出者氏名

妊婦本人・夫・母・父・その他(妊婦との続柄)

20 年 月 日

記入例

数字記入例

該当欄にレ点をつけてください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

*フリガナの濁点は1マスに、姓と名は1マスあけて記入してください

居住地 (住民票のある住所)	八千代市										
フリガナ						八千代市 居住年数	年 月 日				
妊婦氏名						妊婦職業					
妊婦 電話番号						健康保険の種類	国保・社保・共済・その他()				
配偶者(パートナー) 電話番号						出産経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
妊婦 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (西暦 年) (歳)					妊婦週数	現在 満 週				
分娩予定日	20 年 月 日					おなかの中の 子の数	<input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> 三つ子以上				
医療機関名	※妊娠の判定及び保健指導を受けた医療機関名をご記入ください。 施設名： 所在地：										
家族構成 (妊婦の方 からみた続 柄を記入)	氏名	生年月日	年齢	続柄	職業	氏名	生年月日	年齢	続柄	職業	

<以下の質問にお答えください>当てはまる項目にを入れて下さい。

・今までに医療機関に定期的に通院した ことのある病気はありますか。 (現在治療中も含む・複数回答可)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 精神疾患() <input type="checkbox"/> その他()
・妊娠がわかった時どう感じましたか。	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> まあまあうれしい <input type="checkbox"/> あまりうれしくない <input type="checkbox"/> うれしくない
・妊娠に対して不安やとまどいはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 不安やとまどいが大きい
・健診や出産費用が用意できないなど 経済的に困っていることがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ある <small>具体的に 健診、出産費用・産後の費用・その他()</small>
・家族や生活面で心配はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <small>具体的に 家族との関係・家族の健康面・仕事との両立・その他()</small>
・近くに子育ての相談者・協力者はいますか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 自分の両親 <input type="checkbox"/> 夫の両親 <input type="checkbox"/> 姉妹兄弟 <input type="checkbox"/> 友人・知人
・たばこを吸っていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠したのでやめた <input type="checkbox"/> はい
・同居者でたばこを吸っている方はいますか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 姉妹兄弟 <input type="checkbox"/> その他()
・飲酒(日本酒、ビール、ワイン、焼酎、その 他アルコール)しますか。	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 妊娠してからは飲まない <input type="checkbox"/> 前から飲まない

その他相談したいことなどありましたらご記入ください。

備考	交付番号					
	外国語版	<input type="checkbox"/> 交付()語				
	双子用	<input type="checkbox"/> 交付				
	受付サイン					<input type="checkbox"/> F
	交付場所			処理コード		

妊娠期から乳幼児期の保健福祉サービス等について、子ども支援センターすてっぷ21・地域子育て支援センター、母子保健課よりご連絡させていただくことがあります。

妊娠届出時に個人番号（マイナンバー）確認と身元確認が必要です

収集した個人番号については以下の利用目的でのみ使用し、厳正に管理いたします。



個人番号の利用目的

- ・母子保健法による妊娠の届出、母子健康手帳交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出に関する事務
- ・災害対策基本法による被災者台帳作成に関する事務

妊婦の氏名と個人番号を以下にご記入ください

氏名		個人番号 (12桁)																		
----	--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

これより下は、市事務処理欄です。記入しないでください。

八千代市民である確認に用いた書類	運転免許証・健康保険証・外国籍の場合は在留カード・その他()
委任状の確認※妊婦以外が届け出た場合のみ	<input type="checkbox"/> 委任状受け取り 代理人の身元確認→ 運転免許証・健康保険証・その他()

以下は個人番号の記入があった場合に確認

	届出人が「妊婦本人」の場合
	1 個人番号確認 → 個人番号カード または 通知カード または 個人番号が記載された住民票の写し 2 身元確認 → (1点で可)個人番号カード または 運転免許証 または パスポート (2点で可)健康保険証 と 年金手帳
届出人が「代理人」の場合→【夫・母・父・その他（妊婦との関係）】	
1 妊婦の個人番号確認 → 妊婦の個人番号カード または 妊婦の通知カード または 個人番号が記載された住民票の写し 2 代理人の身元確認 → (1点で可) 代理人の個人番号カード または 運転免許証 または パスポート (2点で可) 代理人の健康保険証 と 年金手帳 3 代理権の確認 → 委任状 または 妊婦が20歳未満で親権者が代理人の場合は戸籍謄本	