

Name of the reporter:

Pregnant herself, husband, mother, father, and the other (Relationship with pregnant.....)

Example:

Example numbers:

Year 20   Month   Date

Check the box which is relevant to you 0123456789

Resident address	YACHIYOSHI 八千代市													
Pronunciation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Years of residence in Yachiyo city	.....Year.....Month		
Name of pregnant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Occupation of pregnant	<input type="text"/>		
TEL of pregnant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Type of health insurance	National, Social, Fraternal insurance Other ( )		
TEL of spouse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Birth Experience	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Pregnant's date of birth	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Age: )	Weeks of pregnancy	<input type="text"/> <input type="text"/> Weeks		
Expected date of delivery	Year 20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Month	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(Age: )	How many children are expected to be born?	<input type="checkbox"/> Just one <input type="checkbox"/> Twins <input type="checkbox"/> Triplets		
Name of medical facility center	*Write name of medical facility center that diagnosed your pregnancy and gave health guidance support. Name of the hospital: Address:													
Family structure (Write down the relationship seen from pregnant)	Name	Date of birth	Age	Relation	occupation	Name	Date of birth	Age	Relation	occupation				

Please answer following questions and check the box which is relevant to you.

Have you ever attended a medical institution for disease regularly?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Heart diseases	<input type="checkbox"/> Kidney disease	<input type="checkbox"/> High blood pressure	<input type="checkbox"/> Mental disorder ( )	<input type="checkbox"/> Other( )
How did you feel when you found out you are pregnant?	<input type="checkbox"/> Happy	<input type="checkbox"/> Not too bad	<input type="checkbox"/> Not very happy	<input type="checkbox"/> Not happy			
Do you feel anxiety or confusion?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hardly	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Feel anxiety and confused			
Do you feel financial difficulty?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A little	<input type="checkbox"/> Yes	Medical checkup, Maternity coverage, Cost of after childbirth, Other( )			
Are you worried about your family or life?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Relationship between family, Family's health, Compatible with work, Other( )				
Do you have anyone who are counselor or supporter for your parenting?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Husband	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Parents of husband	<input type="checkbox"/> Siblings	<input type="checkbox"/> Friends	
Do you smork?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Quit	<input type="checkbox"/> Yes				
Is there anyone who smoke in your family?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Husband	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Siblings	<input type="checkbox"/> Other( )		
Do you drink alcohol? (Sake, beer, wine, etc.)	<input type="checkbox"/> Everyday	<input type="checkbox"/> Sometimes	<input type="checkbox"/> Never after being pregnancy	<input type="checkbox"/> Never			

Remarks	If you have anything you would like to ask us, write these down below										
	交付番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	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="text"/>									<input type="checkbox"/> F
交付場所	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	処理コード	
<input type="checkbox"/> 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。											

# You need social security number and identity in order to notify pregnancy



Collected social security number will be used only for the following purposes, and will be kept securely

Purpose of use of personal information

- Notification of pregnancy, delivery of maternal and child health handbook, health checkup, home-visit instruction, health guidance, and notification of low weight baby according to the maternal and child health law
- Make of victim's ledger according to the disaster control measure law

Write down name of the pregnant and the social security number below

Name		Social security number (12 digits)																	
------	--	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

The space provided below is used for office processing. Please do not fill in.

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