

# 妊 娠 届 出 書

- ◆ 妊娠・出産等について後日、広島市から様子をお伺いする場合がありますので、ご理解の程よろしくお願ひします。
- ◆ ご記入いただいた内容については、個人情報として取扱い、広島市が実施する健康・育児相談、乳児家庭全戸訪問、子育て支援業務以外には使用しません。

個人番号 (マイナンバー)	
------------------	--

妊婦 カナ氏名		姓と名の間は1マス空けてください。	
妊婦氏名		妊婦職業	
生年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	( <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 )	
居住地	広島市 <input type="text"/> 区		
連絡先 (ハイフン不要)	自宅 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	携帯電話	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
子の父 カナ氏名		姓と名の間は1マス空けてください。	
子の父氏名		子の父 職業	
子の父 生年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	( <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 )	
分娩予定日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	妊娠週数	<input type="text"/> <input type="text"/> 週 ( <input type="text"/> <input type="text"/> か月)
医療機関	病院又は助産院の名称		
	担当医師又は助産師氏名		
今回の妊娠で結核に関する健康診断を受けましたか。		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	妊娠回数 (今回の妊娠を含む) <input type="text"/> <input type="text"/> 回
今回の妊娠で性病に関する健康診断を受けましたか。		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	出産回数 (今回の妊娠を含む) <input type="text"/> <input type="text"/> 人
上記のとおり届出します。 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
(あて先) 広島市長		届出人氏名	妊婦との続柄 ( <input type="text"/> )

### 【質問票にもお答えください】

#### 【広島市記入欄】

母子健康手帳	No. <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"/>
外国語版手帳交付	<input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 韓国 <input type="checkbox"/> 中国 <input type="checkbox"/> タイ <input type="checkbox"/> タガ <input type="checkbox"/> ポル <input type="checkbox"/> イン <input type="checkbox"/> スベ <input type="checkbox"/> ト
届出人確認方法	1つ <input type="checkbox"/> 運転免 <input type="checkbox"/> パスポ <input type="checkbox"/> 住基力 <input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 在留力 <input type="checkbox"/> 他
	2つ <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手 <input type="checkbox"/> 児童扶 <input type="checkbox"/> 特児扶 <input type="checkbox"/> 精通受 <input type="checkbox"/> 障・療・精手帳 <input type="checkbox"/> 他
番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人力 <input type="checkbox"/> 通知力 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民証 <input type="checkbox"/> 住基台
交付前確認事項	<input type="checkbox"/> 妊婦住基 <input type="checkbox"/> 委任状(代理人の場合) 交付担当者 <input type="text"/>

特記事項

## 妊娠の届出をされた方への質問票

1 現在の体調はいかがですか	<input type="checkbox"/> つわりがある <input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 特に気になることはない <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 糖尿病様症状 <input type="checkbox"/> その他																		
2 現在、アルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> はい( <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ml/日・ <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた																		
3 現在、タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> はい( <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> 本/日 ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた																		
4 同居家族はタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> はい( <input type="checkbox"/> 子の父 <input type="checkbox"/> 他同居家族) <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> 本/日																		
5 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	<input type="checkbox"/> はい(以下のうち該当する病気に☑してください) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 心の病気(うつ病など) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> その他																		
6 今回の妊娠がわかったときは、どんなお気持ちでしたか	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; text-align: center;">お気持ち</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">妊婦</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">子の父</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. うれしかった</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. 予想外だったが、うれしかった</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. 予想外だったので、戸惑った</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. 困った</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5. 何とも思わなかった</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	お気持ち	妊婦	子の父	1. うれしかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. 予想外だったが、うれしかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 予想外だったので、戸惑った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. 困った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. 何とも思わなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お気持ち	妊婦	子の父																	
1. うれしかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
2. 予想外だったが、うれしかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
3. 予想外だったので、戸惑った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
4. 困った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
5. 何とも思わなかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
7 ご家族について(現在同居中の方の続柄をお選びください)	<input type="checkbox"/> 子の父 <input type="checkbox"/> 子ども( <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> 人) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 子の父の父 <input type="checkbox"/> 子の父の母 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし																		
8 ご実家はどちらですか	妊婦の実家( <input style="width: 100px;" type="text"/> )子の父の実家( <input style="width: 100px;" type="text"/> )																		
9 里帰り出産をする予定はありますか	<input type="checkbox"/> はい(具体的な予定が決まっている場合は以下にご記入ください) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">       ・ どこに    <input type="checkbox"/> 妊婦の実家    <input type="checkbox"/> 子の父の実家    <input type="checkbox"/> その他        ・ いつ頃まで    産後 <input style="width: 40px;" type="text"/> か月頃まで     </div> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未定																		
10 産後8週間(56日)について、日中、育児や家事などの支援をしてくれる人がいますか	<input type="checkbox"/> はい(該当する方を☑してください) <input type="checkbox"/> 子の父 <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 子の父の父母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( <input style="width: 150px;" type="text"/> ) <input type="checkbox"/> いいえ ⇒続いて以下にお答えください <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">       産後の有料サービス(助産師による継続訪問、ヘルパーの派遣)などを利用したいと思いますか。  <input type="checkbox"/> 利用したい    <input type="checkbox"/> 産後に考えたい    <input type="checkbox"/> 希望はない     </div>																		
11 現在「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」等ありますか	<input type="checkbox"/> ある(以下のうち該当する項目に☑してください) <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 妊娠中の身体のこと <input type="checkbox"/> 家事や仕事のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 子の父との関係について <input type="checkbox"/> 相談者や協力者が見つけれられない <input type="checkbox"/> その他( <input style="width: 150px;" type="text"/> )																		

※ この質問票の内容は保健センター内で個人情報として適正に取り扱い、ご記入いただいた秘密は守ります。

## こんにちは赤ちゃん訪問についての同意書



広島市では、母子の健康を守り、子育てを応援するために、生後4か月までのお子さんのいる家庭を、お住まいの地区を担当する民生委員・児童委員又は主任児童委員が訪問し、地域の子育て支援に関する情報提供や育児に関する不安や悩みをお伺いする「こんにちは赤ちゃん訪問」を実施しています。

私は、住まいの地区を担当する民生委員・児童委員又は主任児童委員に、子の氏名、性別、生年月日、世帯主の氏名、住所、電話番号、里帰りの有無、里帰り期間についての情報を提供し、「こんにちは赤ちゃん訪問」を受けることについて、

同意します

同意しません

西暦     年   月   日

広島市長 様

氏 名

(本人の自筆でご署名ください)

※ 「こんにちは赤ちゃん訪問」で知り得た情報は、広島市の母子保健事業及び子育て支援事業にのみ使用し、他の目的で使用することはありません。

※ 「こんにちは赤ちゃん訪問」について同意されない場合も、ご署名をお願いします。

### 【民生委員・児童委員とは…】

民生委員法に基づいて厚生労働大臣から委嘱された非常勤の地方公務員です。社会福祉の増進のため、地域住民の立場から生活や福祉に関する相談活動を行っています。また、全ての民生委員は児童福祉法によって「児童委員」も兼ねており、妊娠中の心配ごとや子育ての不安に関する様々な相談や支援を行っています。

### -----【保健センター使用欄】-----

#### <不同意理由>

- 今すぐ決められない
- 訪問してほしくない
- その他 (

- 第2子以降のため必要なし
- 代理人のため、決められない

)