

妊 娠 届 出 書

令和 年 月 日

富津市長 様

届出者氏名

ふりがな				個人番号			
妊婦氏名				年 齢	S・H 年 月 日生 (満 才)		
				職 業			
				出身地	県 市		
居住地	(〒 —) 富津市			家族構成	核家族・大家族	☎ 自宅 携帯	
夫の氏名				年 齢	S・H 年 月 日生 (満 才)		
				職 業			
				出身地	県 市		
受診する病院	妊娠確認施設	産婦人科 ・ 病院			所在地	市	
	分娩予定施設	産婦人科 ・ 病院			所在地	市	

妊 娠 ・ 出 産 に 関 係 し て	出産予定日	令和 年 月 日		妊娠週数	現在 満 週			
	里帰り出産予定	無 ・ 有 (県内 ・ 県外) ・ 未定			里帰り期間	年 月 ~ 年 月頃		
	身長・非妊時の体重	身長	cm		BMI	出生体重	g	
		体重	kg				(週)	
	家族歴	血のつながった家族の中で治療中の方はいますか			無 ・ 有 (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ その他)			
	既往歴	疾 病	無 ・ 有 (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 貧血)					
		性病の健康診断を受けましたか		受けた ・ 受けていない		結核の健康診断を受けましたか		受けた ・ 受けていない
	分娩歴	妊娠前の生理の状態はどうでしたか	順 ・ 不順		非妊時に貧血はありましたか	無 ・ 有 (いつ頃 ・ 服薬 無 ・ 有)		
		出産経験	無 ・ 有 (回)			お子さまの人数	人	
	生活習慣	妊 娠 歴	無 ・ 有 (流産 回 ・ 早産 回) 死産 回 ・ 中絶 回)					
喫煙環境 (家族も含む)		非妊時	無 ・ 有 (本/日)		家族 : 無 ・ 有 ()			
		妊娠中	無 ・ 有 (本/日)		家族 : 無 ・ 有 ()			
飲 酒	妊娠中		無 ・ 有 (/日)					
妊娠、出産後の支援者はどなたですか		有 (配偶者・祖父母等の親族・友人や知人・その他()) 無						

妊娠中や出産後に困ったり、不安に思うことはありますか。

1. なし 2. ご自身の体調 3. 妊娠・出産・育児に関すること 4. パートナーや家族との関係
5. 経済面 6. 子どもが無戸籍になる可能性がある

体のことや、その他相談したいことがありましたら、ご記入下さい。

※初産婦さん以外の方は裏面もご記入ください。

別冊 NO. ()

個人番号カード 運転免許証 保険証

妊婦支援給付金申請済 栄養指導済 歯科指導済

・個人情報の取り扱いについて

□今後妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要な場合には、富津市健康づくり課から他部署・関係機関に対し必要な情報を提供することに同意します。

署名 _____

上のお子さまの時の妊娠中の経過についてお伺いします。

第1子	第2子	第3子
氏名 男・女	氏名 男・女	氏名 男・女
生年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日
<出産時>	<出産時>	<出産時>
出生週数 週	出生週数 週	出生週数 週
出生体重 g	出生体重 g	出生体重 g
経膣分娩 帝王切開	経膣分娩 帝王切開	経膣分娩 帝王切開
<妊娠中>	<妊娠中>	<妊娠中>
体重増加 kg	体重増加 kg	体重増加 kg
喫煙の有無 有・無	喫煙の有無 有・無	喫煙の有無 有・無
飲酒の有無 有・無	飲酒の有無 有・無	飲酒の有無 有・無
薬をのんだり、病院で注意された ものがありましたら○をして下さい。	薬をのんだり、病院で注意された ものがありましたら○をして下さい。	薬をのんだり、病院で注意された ものがありましたら○をして下さい。
高血圧	高血圧	高血圧
尿たんぱく	尿たんぱく	尿たんぱく
尿糖	尿糖	尿糖
血糖値	血糖値	血糖値
貧血	貧血	貧血
おなかのはり	おなかのはり	おなかのはり
出産前の入院 期間:	出産前の入院 期間:	出産前の入院 期間: