

* 妊娠・出産・子育てを支援するため、届出書の内容について受診先の医療機関等へ連絡する場合があります。

* 記載いただいた携帯番号に、妊娠8か月頃にSMSでアンケートをお送りします。必ずお答えください。

ふりがな 妊婦氏名	1. 既婚 2. 未婚 (入籍予定 あり・なし)		生年月日	昭和・平成 年 月 日 今年度末で(才)	職業		携帯番号	
ふりがな 子の父氏名	住民票 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外		生年月日	昭和・平成 年 月 日 今年度末で(才)	職業		電話番号	
妊婦住所	出雲市							
家族構成	現在、同居している人に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください (妊婦からみた関係) <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 夫の父 <input type="checkbox"/> 夫の母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子 <input type="checkbox"/> 第4子 <input type="checkbox"/> その他()							
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	(週 か月)	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	
妊娠の診断を受けた医療機関		医師が胎児心拍を確認した日	月 日	出産予定医療機関	* 左記と違う場合は記入ください			
今回の妊娠は不妊治療をしましたか 1. いいえ・2. はい(内容:) 治療費助成申請: 済・未								
妊娠・出産経験についてお尋ねします								所属
妊娠回数	初回・第 回目	第1子	平成・令和 年 月 日(歳)	[]				
妊娠経過	順調・()	第2子	平成・令和 年 月 日(歳)	[]				
出産経験	() 回	第3子	平成・令和 年 月 日(歳)	[]				
妊娠中に、保健師・助産師による家庭訪問を希望されますか								
* 産後はすべてのご家庭へ保健師または助産師が訪問します				* 8か月アンケートでも面談希望の有無をお聞きます				
1. はい → 家庭訪問希望時期 (月頃)								
2. いいえ								
悩み、困ったこと等相談できる人がいますか (複数選択可)								
1. 夫・パートナー 2. 自分の親 3. 夫の親 4. 兄弟姉妹 5. 友人 6. その他() 7. 誰もいない								
出産後、育児を一緒にしてくれる人がいますか (複数選択可)								
1. 夫・パートナー 2. 自分の親 3. 夫の親 4. その他() 5. 誰もいない								
出産前後に里帰りをする予定ですか								
1. 里帰りしない 2. 里帰りする ⇒ <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外・県外() 9. 未定								
今心配なこと、困っていること、知りたいこと等がありますか								
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ ○はいくつでも可								
1. 妊娠・出産に関すること 2. 上の子の育児等に関すること 3. 家族のこと 4. 経済的なこと 5. 仕事に関すること 6. 住居に関すること 7. その他 []								
今回の妊娠がわかった時のお気持ちはいかがでしたか (一番近いものに○)								
1. うれしかった、楽しみ 2. 予想外だったがうれしかった 3. 予想外で驚き戸惑った 4. 困った 5. 特に何とも思わない 6. その他() →裏面へ								

あなたの生活習慣についておたずねします

- ※喫煙の習慣 0. なし 1. やめた 2. あり(毎日: 本位、週: 本位)
- ※欠食がありますか 0. なし 1. あり(1.朝 2.昼 3.夜)
ありの方は、週に何日欠食がありますか ()日/週
- ※飲酒の習慣 0. なし 1. やめた 2. あり(毎日: 合位、週: 合位)
- ※定期的に(半年に1回程度) 歯科健診を受けていますか 1. はい 2. いいえ

あなたの体調等についておたずねします

- ※内服・治療を受けている病気がありますか
1. いいえ 2. はい ⇒ 病名:
- ※今までに心理的、あるいは精神的なことで、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか
1. いいえ 2. はい ⇒ (歳頃)
はいの方は、入院治療をされたことがありますか いいえ はい
- ※現在あなたが利用している制度や福祉サービス等がありますか
1. ない 2. ある ⇒ 例: 身体・療育・精神保健福祉手帳・自立支援医療・児童扶養手当(ひとり親家庭)など

勤務のある方におたずねします

- ※産前・産後等の休暇が取れますか
1. はい(産前: 週間、産後: 週間、育児休暇: まで)
2. いいえ 3. わからない 4. 仕事をやめるつもりでいる
- ※現在の仕事はいかがですか
1. 特に大きな負担はない 2. 体に負担がかかる()
3. ストレスが多い() 4. その他()

母子保健法第15条の規定に基づき、上記のとおり届け出ます。
妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定の申請をします。

妊婦本人確認書類

令和 年 月 日
(あて先)出雲市長

届出人本人確認書類
委任状

届出人氏名 _____ 妊婦との続柄()

届出人住所 _____ ※表面住所と異なる場合のみ

妊娠・出産・子育てを支援するため、届出書の内容について受診先の医療機関等へ連絡をする場合がありますのでご承知おください。

面談記録欄

こころカード: 発行・既にある 子宮頸がん検診説明: 済・未・該当外 家事育児登録あり
妊婦給付: 申請済・後日申請・認定申請のみ(他で支給済) / アンケート

面談者()

本庁・(平・佐・多・湖・大・斐)行政センター送付日: / 入力日[/ : 入力者]

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	SUM	特①	特②	特③	特④	特⑤

特[年 月 日] 担当者[] P. 1 2 3 4