

ふりがな 妊婦氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 今年度末で(才)	職業	1. なし 2. あり
ふりがな 子の父氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 今年度末で(才)	職業	1. なし 2. あり
妊婦住所	出雲市	妊婦の携帯番号		※妊娠7～8か月頃に、上記にご記入いただいた携帯番号へショートメッセージを利用し、アンケートを実施させていただきます。	
		子の父の電話番号			
家族構成	<input type="checkbox"/> 入籍している <input type="checkbox"/> 入籍していない ⇒ 予定あり()月ごろ・なし・未定 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"/> 夫の父 <input type="checkbox"/> 夫の母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <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()				
妊娠週数	週()か月)	出産予定日	令和 年 月 日		
妊婦健診等 受診医療機関		出産予定 医療機関	*左記と違う場合は記入ください		
※なお、出産応援金申請に際して、妊娠届出書の内容について受診医療機関へ連絡をする場合がありますのでご承知おください。 また、妊婦ご本人以外の申請の場合、後日、ご本人との面談時に出産応援金申請書をお渡します。					
妊娠・出産経験のある方にお尋ねします 今までの妊娠・出産は順調でしたか 1. はい 2. いいえ()					第1子 平成・令和 年 月 日(歳) [] 第2子 平成・令和 年 月 日(歳) [] 第3子 平成・令和 年 月 日(歳) [] 第4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 1. はい →家庭訪問希望時期() 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、不安なこと、困っていること等がありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> はいくつでも可 1. 妊娠・出産に関すること 5. 仕事に関すること 2. 上の子の育児等に関すること 6. 住居に関すること 3. 家族のこと 7. その他 4. 経済的なこと []					
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. うれしい、楽しみ 2. 予想外だったがうれしい 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()					

あなたの体調や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)
- ☼内服・治療を受けている病気がありますか
0. いいえ 1. はい ⇒ 病名: _____
- ☼不妊治療の経験がありますか
1. いいえ 2. はい ⇒[時期: _____ 内容: _____]
はいの方は、治療費の助成制度について知っていますか はい いいえ
- ☼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()

妊娠・出産・育児等について、知りたい情報等がありましたらご記入ください

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。

令和 年 月 日

(あて先)出雲市長

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

なお、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きください。

面談記録欄 こころカード: 発行・既にある 子宮頸がんについての説明: 済・未・該当外
出産応援金: 申請済・後日申請・該当外

面談者()

本庁・()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	SUM	特①	特②	特③	特④	特⑤

特妊 [年 月 日] 担当者[] P. 1 2 3 4