

母子健康手帳交付番号						<h1>妊 娠 届 出 書</h1>					
妊婦健診補助券発行番号											
妊婦の個人番号											
ふりがな						生 年 月 日			職 業		
妊婦氏名						昭和 平成	年	月	日	歳	
妊婦の住所	奈良市					日中連絡がつく 電話番号 — —					
妊娠週数又は最終月経	妊娠 週(か月) 又は 最終月経 :					年	月	日			
今回の妊娠で診断又は 保健指導を受けた 医師・助産師の氏名	医療機関名又は 助産所名					医師名又は 助産師名					
	初診年月日	年	月	日							
今回の妊娠で性病に 関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない				今回の妊娠で結核に 関する健康診断の有無			受けた ・ 受けていない			
<p>上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先)奈良市長</p> <p>届出者 氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">※妊婦本人でない場合にはその続柄()</p>											

委任状 妊婦以外の方が届出される場合は委任状が必要となります。下記、委任状に記入ください。

妊娠届出書について、代理人 _____ (住所) _____ を
私の代理として定めその権限を委任します。

委任者(妊婦)の署名 _____

◆ 奈良市では安心して子育てができるよう、妊娠中から応援したいと考えています。下記のアンケートにご協力をお願いします。◆

出産予定日	R 年 月 日	健康保険の種類	社保 国保 共済 その他()
妊婦健診は県内・県外の どちらで受診されますか	<input type="checkbox"/> 県内 1.奈良市 2.市外()市 <input type="checkbox"/> 途中から県外()県 <input type="checkbox"/> 県外 ()県	出産予定病院・助産所名	
		県	市
① 今回の妊娠は何人目のお子様ですか。 ()人目 ② 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ③ 胎児について <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎()胎 ④ <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 入籍予定 年 月頃 ⑤ 夫 (パートナー) 氏名 _____ 昭和 _____ 平成 年 月 日(歳) 職業 _____		⑨ 妊娠週数22週以降に妊娠届を出された方にお聞きします。 妊娠届出が遅くなった理由を教えてください。 [_____] ⑩ 今まで心療内科や精神科に受診や相談をされたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 現在通院中 <input type="checkbox"/> 以前通院していた :いつ頃 _____	
⑥ 妊娠がわかり今のお気持ちはどうですか。 <input type="checkbox"/> とてもうれしい <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたがうれしい <input type="checkbox"/> 特に何も思わない <input type="checkbox"/> 困っている → <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)との関係 <input type="checkbox"/> 健康面 <input type="checkbox"/> 他()		⑪ 妊娠が分かってからお酒を飲みますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(頻度:週 回/1回量: 本・合)	
⑦ 困っているときに相談できる人や機関はありますか。 <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> いいえ		⑫ 妊娠が分かってからタバコを吸いますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(喫煙本数: 本/日)	
⑧ 産前・産後サポートをしてくれる人はいますか。 <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> いいえ		⑬ 同居家族でタバコを吸っている人はいますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 他()	
		⑭ 現在、質問したいこと・相談したいこと等ありましたらご記入ください。 例:体調のこと・パートナーのこと・家族のこと等 [_____]	

★母子保健課の保健師等が妊娠中・出産後のご様子を伺わせていただく場合があります★

※職員 記入欄	<input type="checkbox"/> 本人	番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票もしくは住民票記載事項証明書	母子・分室	受付者
		身元確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()	西部・北部・東部	
	<input type="checkbox"/> 代理人	身元確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()	都祁・月ヶ瀬	

入力済