

母子健康手帳交付番号		職員記入欄				<b>妊 娠 届 出 書</b>	
妊婦健診補助券発行番号							<b>記入例</b>
妊婦の個人番号		妊婦の個人番号を記入してください					
ふりがな	なら はなこ			生年月日		職業	
妊婦氏名	<b>奈良花子</b>			昭和 平成	6年1月30日	〇歳	会社員
妊婦の住所	奈良市	<b>三条本町13番1号</b>		日中連絡がつく 電話番号	<b>090 - 1234 - 5678</b>		
妊娠週数又は最終月経	妊娠 10 週( 3 か月) 又は 最終月経: 令和 〇年 1 月 20 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	<b>奈良健康医療病院</b>		医師名又は 助産師名	<b>青丹 吉雄 医師</b>		
	初診年月日	令和 〇年 3 月 14 日					
今回の妊娠で性病に 関する健康診断の有無	受けた ・ <b>受けていない</b>		今回の妊娠で結核に 関する健康診断の有無		受けた ・ <b>受けていない</b>		
上記のとおり届出します。							
<b>提出日</b>	年	月	日	妊婦本人署名もしくは、代理人が記入する場 合は代理人名、続柄を記入してください。			
(宛先)奈良市長		届出者 氏名					
※妊婦本人でない場合にはその続柄( 夫 )							

**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 奈良太郎 (住所) 奈良市三条本町13番1号 を  
私の代理として定めその権限を委任します。

妊婦本人が署名してください。

委任者(妊婦)の署名 奈良花子

◆ 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 〇年 10 月 27 日	健康保険の種類	社保 <b>国保</b> 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 checked="" type="checkbox"/> 県内 <b>1.奈良市</b> 2.市外( )市	出産予定病院・助産所名	
	<input type="checkbox"/> 途中から県外( )県 <input type="checkbox"/> 県外 ( )県	<b>奈良 県 奈良 市 奈良健康医療 病院</b> クリニック 助産所	
① 今回の妊娠は何人目のお子様ですか。 ( 1 )人目		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。	
② 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		[ ]	
③ 胎児について <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( )胎		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。	
④ <input checked="" type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 入籍予定 年 月 頃		<input checked="" 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	
⑤ 夫 (パートナー) 氏名 <u>奈良太郎</u> 昭和 平成 <u>4年3月3日</u> ( 〇 歳) 職業 <u>会社員</u>		⑪ 妊娠が分かってからお酒を飲みますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(頻度:週 回/1回量: 本・合)	
⑥ 妊娠がわかり今のお気持ちはどうですか。 <input checked="" 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( )		⑫ 妊娠が分かってからタバコを吸いますか。 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(喫煙本数: 本/日)	
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 checked="" type="checkbox"/> はい → <input checked="" type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 他( )	
⑧ 産前・産後サポートをしてくれる人はいますか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい → <input checked="" type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input checked="" type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> いいえ		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
	<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( )	西部・北部・東部	
		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	