

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		
上記のとおり届出します。 年 月 日 (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()									

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	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	出産予定病院・助産所名	
	<input type="checkbox"/> 途中から県外()都道府県 <input type="checkbox"/> 県外()都道府県	病院 クリニック 助産所	所在地(県外のみ)
今回の妊娠について、ぴったりサービス(電子申請)で事前申請をしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	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。	
① 今回の妊娠は何人目のお子様ですか。()人目		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	
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		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/量:)	
③ 胎児について <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎()胎		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) (<input type="checkbox"/> 紙 ・ <input type="checkbox"/> 電子)	
④ <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 入籍予定 年 月 頃		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"/> パートナー <input type="checkbox"/> 他()	
⑤ パートナー 氏名 _____ 昭和 _____ 平成 _____ 年 月 日 (歳) 職業 _____ 連絡先 _____		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	
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"/> パートナーとの関係 <input type="checkbox"/> 健康面 <input type="checkbox"/> 他()			
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"/> 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			
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"/> 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			

※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証	母子・分室 西部・北部・東部 都祁・月ヶ瀬	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()		
	<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()	面接者	
	面談	① <input type="checkbox"/> 妊婦面談済 ② <input type="checkbox"/> 後日母子保健課から連絡 (備考: <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 多忙 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他())			
申請書	<input type="checkbox"/> 受理済 <input type="checkbox"/> 受理未(<input type="checkbox"/> 返信用封筒渡し済み)			面接者	
電子申請	<input type="checkbox"/> 申請日(/) ※交付日と同じ <input type="checkbox"/> 来所日(/)				
母保課記入欄	① 妊婦面談済 → <input type="checkbox"/> 対面面談 <input type="checkbox"/> オンライン面談 ② 後日連絡 → <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 後日来所 <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> その他()				
タクシー券					

入力済