妊娠届出書

母子健康手帳交付番号	職員記入欄
妊婦健診補助券発行番号	
妊婦の個人番号	妊婦の個人番号を記入してください。

記入例

ふりがな	なら　はなこ	生年月日	
妊婦氏名	奈　良　花　子	昭和 平成 1 年 1 月 日 歳	
妊婦の住所	奈良市 三条本町１３番１号	日中連絡がつく電話番号	０９０ － １２３４ － ５６７８
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7 年 1 月 1 日		
今回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：奈良健康医療病院 / 初診年月日：○ 年 3 月 1 日	医師又は助産師名	
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	受けた・受けていない

上記の通り届出します。　年　月　日　（宛先）奈

提出日

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**

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。

妊娠届出について、代理人 奈 良 太 郎 （住所） 三条本町１３番１号
私の代理人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

確認事項 後日、郵便物がある場合は住民登録地に送付します。 ☑承知しました	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。　☐いいえ　☐はい

◆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（　）
妊婦健診の受診場所について	☑県内　1.奈良市　2.市外（　） ☐途中から県外（　）都道府県 ☐県外（　）都道府県	出産予定病院・助産所名	奈良健康医療病院　病院 クリニック 助産所　所在地（県外のみ）〔　〕

①今回の妊娠は何人目のお子様ですか。（ 1 ）人目
②今回の妊娠は不妊治療をしましたか。　☐はい　☑いいえ
③胎児について　☑単胎　☐多胎（　）胎
④　☑既婚　☐未婚　☐入籍予定：　年　月頃
⑤夫・パートナー　氏名　奈良　太郎
生年月日　平成2 年 2 月 2 日（ ○ ）歳
職業　会社員
連絡先　090-0123-4567

⑥妊娠がわかり今のお気持ちはどうですか。
☐とてもうれしい
☑予想外で驚いたがうれしい
☐特に何も思わない
☐困っている→☐経済面 ☐夫,パートナーとの関係 ☐健康面
☐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。
☑はい→☑夫,パートナー　☐実父母　☐義父母
☐他（　）
☐いいえ
⑧産前・産後サポートをしてくれる人はいますか。
☑はい→☑夫,パートナー　☐実父母　☐義父母
☐他(　)
☐いいえ

⑨妊娠週数２２週以降に妊娠届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はありますか。
☑いいえ　☐現在通院中
☐以前通院していた
：いつ頃
⑪妊娠が分かってからお酒を飲みますか。
☑いいえ　☐はい（頻度：週　回/量：　）
⑫妊娠が分かってからタバコを吸いますか。
☑いいえ　☐はい（本数：　本/日）→（☐紙・☐電子）
⑬同居家族でタバコを吸っている人はいますか。
☑いいえ
☐はい→☐夫,パートナー　☐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
〔　〕

※お電話がつながらない場合はメールでご連絡いたします。
メールアドレスをご記入ください。
○○○○　@　△△△

※職員記入欄	☐本人	番号確認	☐マイナンバーカード　☐通知カード　☐住民票もしくは住民票記載事項証明書	☐母子　☐分室 ☐西部　☐北部　☐東部 ☐都祁　☐月ヶ瀬
		身元確認	☐マイナンバーカード　☐運転免許証　☐パスポート　☐その他（　）	
	☐代理人	身元確認	☐マイナンバーカード　☐運　（　）	
	面談	①☐妊婦面談済　②☐後日母子保健から連　良　☐多忙　☐代理人　☐その他（　））		
	申請書	☐受理済　☐受理未（返信用封筒渡し済み		
	電子申請	☐申請日（ / ）※交付日と同じ　☐来所日（ / ）		
	タクシー券			
母保	①妊婦面談済→☐対面面談　☐オンライン面談（ / ）　②後日連絡（ / ）→☐訪問　☐後日来所　☐電話　☐その他（　）			

職員記入欄

受付者

面談者

☐入力済