

課 長	回 議	担 当

R5. 3. 6改訂

様式1

母子手帳番号	—	・(転入)
多胎	外国語版(語)
出生届出予定	町・町外(市町村)

妊娠届出書

下記すべてを記入し、子育て支援課に提出して、母子健康手帳・妊婦一般健康診査受診券の交付を受けてください。

(妊婦)個人番号(12ケタ) 必須		住民登録チェック <input type="checkbox"/>		
フリガナ		生年月日	年齢	職業種別と勤務形態
妊婦氏名		年 月 日		職業： 勤務時間： 勤務先：
フリガナ		生年月日	年齢	職業種別と勤務形態
夫(パートナー)氏名		年 月 日		職業： 勤務時間： 勤務先：
住所	湯梨浜町 アパート名等 号室			
電話番号		携帯番号		
婚姻形態	既婚(年 月入籍)・今後入籍予定(R 年 月頃)・入籍未定・入籍しない・その他			
初診年月日	R 年 月 日	分娩予定日	R 年 月 日	
妊娠週数	週(第 月)	性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
特記事項	①単胎 ②多胎(胎)	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない	
診察を受けた医療機関等の名称・医師または助産師氏名	名称	保険証の種別	①社保 ②国保 ③その他 []	
分娩を予定する医療機関	名称	転出予定	なし・あり(年 月頃、 転出予定地)	

妊娠回数	今回を含めて()回目	出産	これまでに()回	流産	自然()回、人工()回
不妊治療の有無	なし・あり(年 ヶ月)	鳥取県不妊治療助成制度利用(予定)	なし・あり	保険適用外の不育症治療	なし・あり
湯梨浜町不妊治療助成制度利用(予定)		なし・あり			
今までの妊娠・出産の状況	妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)・糖尿病・子宮外妊娠・未熟児出産(第 子 g) 早産(週 日)・死産(状況)・仮死状態)・特記無し)				
上の子の状況	1人目：出生体重 g、現在 歳(年 月 日生/ 男・女) 健康・その他() 2人目：出生体重 g、現在 歳(年 月 日生/ 男・女) 健康・その他() 3人目：出生体重 g、現在 歳(年 月 日生/ 男・女) 健康・その他()				
妊娠期以外に次の疾患にかかった、または障がいがありますか。	高血圧・腎疾患・糖尿病・肝炎・心臓病・身体障がい・子育てに負担のかかる慢性的の病気・発達障がい・知的障がい・過度な性格の問題(短気、初めての場所が極端に苦手等)・その他()・無し				
妊娠以外の理由で通院したり、薬を飲んだことがありますか。	はい(病名・症状)・ いいえ				
アルコール	妊娠前：はい(1日 を ml)・ いいえ 現在：はい(1日 を ml)・ いいえ				
喫煙	妊娠前：はい(1日 本)・ いいえ 現在：はい(1日 本)・ いいえ				
身近な人の中で喫煙者はいますか。	いいえ・はい(夫・同居家族→誰が： ・職場関係・その他：)→分煙(あり・なし)				
視覚障がい	なし・あり(年 ヶ月)	聴覚障がい	なし・あり(年 ヶ月)		
里帰りされる予定ですか。	はい(住所： 様方 期間：)・ いいえ				
町から交付される妊婦一般健康診査票、産後健康診査票による健診を利用される場合、健康診査結果または精密検査が必要になった方の受診結果について、内容の確認と保健指導及び支援のため、関係医療機関及び本人に連絡を取らせていただくことがありますので、ご了承ください。				<input type="checkbox"/>	
個人番号を母子手帳の交付、健康診査、訪問指導、低体重児の届出において利用する場合があることをご了承ください。				<input type="checkbox"/>	
必要と思われる場合、よりよいサービス提供や産婦さんの心身支援のため、医療機関等に情報提供をする場合がありますが、関係機関以外への個人情報には必ず保護されますので、ご了承ください。				<input type="checkbox"/>	
上記のとおり届出します。 令和 年 月 日					
湯梨浜町長 様		届出者氏名 (続柄)			

※裏面のアンケートにもご協力ください。

下記は妊娠・出産について役立つ支援をさせていただくためのアンケートです。ご協力をお願いします。

1. 今回の妊娠が分かった時の気持ちはどうでしたか？一番近いものに○をつけてください。
①とてもうれしかった ②まあまあうれしかった ③どちらともいえない ④戸惑った ⑤困った ⑥その他
理由 { }

2. あなたが悩んでいるときに相談にのってくれる人や機関はありますか。(複数回答可)
①夫(パートナー) ②自分の親 ③夫(パートナー)の親 ④兄弟・姉妹 ⑤友人 ⑥近所の人 ⑦産科医療機関
⑧保健師 ⑨電話相談 ⑩インターネット ⑪その他 () ⑫誰もいない

3. 今のこころの状態はどうか？
①安定している ②時々不安になる ③不安定 ④分からない

4. 今までにメンタル面で、カウンセラーや専門医師に相談したことがありますか？
①はい(何歳ごろ: /症状または病名:) ②いいえ

5. 家事、育児などに対する夫(パートナー)の協力はありますか。
①十分ある ②時々ある ③あまりない ④全くない ⑤夫(パートナー)不在

6. 産後、手助けをしてくれる人はいますか。(複数回答可)
①夫(パートナー) ②自分の親 ③夫(パートナー)の親 ④兄弟・姉妹 ⑤友人 ⑥近所の人
⑦その他 () ⑧誰もいない

7. 経済的な不安がありますか？
①不安はない ②何とかなる ③わからない ④苦しい

8. その他、今心配なことに○をつけてください。(複数回答可)
①妊娠の経過 ②出産のときのこと ③子育ての仕方 ④上の子の育児(障害・病気等) ⑤病気のときの対応
⑥自分の健康面 () ⑦夫(パートナー)との関係 ⑧あなたや夫(パートナー)の親のこと
⑨近所・親戚付き合い ⑩育児への周囲の協力 ⑪仕事 ⑫その他 ()

9. 妊婦さん夫婦、または子育て家族を対象とした教室や講話等があれば、どんな内容なら参加したいと思いますか。
(複数回答可)
・妊婦さん夫婦
①妊娠中の過ごし方 ②産後すぐの生活についての話 ③子育て中のママさんの話(交流)
④その他 ()
・子育て家族
①子連れで遊びに行ける場所の紹介 ②祖父母に向けた現在の子育ての話 ③パパにもできる育児の話
④その他 ()

10. 子どもの頃、親に愛されて育ったという思いはありますか？
①はい ②いいえ ③どちらでもない

11. 血のつながったご家族(ご自身の父母・兄弟・祖父母)で
これまでに大きな病気をされた方がいますか？
①いいえ ②はい { 誰が: 病名: }

12. 町が助成する妊婦歯科健診(無料)を希望されますか？
①はい ②いいえ
登録: ☐ ☐

ご協力ありがとうございました。

(職員記入)ジェノグラム:周囲の支援者・親族などを記入する

職員記入欄

来所者(○を):妊婦・パートナー・子()人・他(誰が . 人)

出産応援給付金申請書 ☐ ゆりはま応援ファイル ☐ APバスタオル ☐ 鳥取子育て応援パスポート(新規のみ) ☐ 受付時間AM・PM :

重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/>	C10・11・12・13 E19・20・21・22・23・24・25かつB9・D14・17・18	内容:
軽度 <input type="checkbox"/>	その他 () ・該当無し	
受付者	支援計画	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (担当: <input type="checkbox"/> 受付者 <input type="checkbox"/> 包括 内容 支援 <input type="checkbox"/> その他: 支援内容:
本人確認	来所: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(委任状)	<input type="checkbox"/> プレママ広場お誘い <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書
個人番号カード以外の確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 他2点 () ()	

※転入者の場合のみ記入

母子手帳 交付日	令和 年 月 日	転入日	令和 年 月 日	さしかえた 補助券に○	第1回目・第2～14回目()枚・GBS・HTLV-1 クラミジア・多胎()枚・聴覚検査・産後健診
-------------	----------	-----	----------	----------------	---