

様式第1号(第2条関係)

|                 |       |            |            |       |
|-----------------|-------|------------|------------|-------|
|                 |       |            | 胎児心拍       | 多胎    |
|                 |       |            | 確認済・未確認    |       |
| 受診したことの分かる書類の提示 | 住基礎確認 | 母子健康手帳交付番号 | 出産応援給付金チラシ | 入力担当者 |
| 有・無⇒同意書記入       |       | 第 号        | 配付・未配付( )  |       |

妊娠届出書

※職員記入欄  
□個人番号カード □運転免許証 □パスポート  
□顔写真無しの証明証【被保険者証】  
□不備 □職権

|                                                                                                                                                                     |                        |                |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------|--------------|
| ふりがな<br>母(妊婦)氏名                                                                                                                                                     |                        | 年 齢            | 歳            |
|                                                                                                                                                                     |                        | 生年月日           | 年 月 日        |
| 職 業                                                                                                                                                                 |                        | 国 籍            |              |
| 妊婦個人番号                                                                                                                                                              |                        |                |              |
| 父氏名<br>(パートナー)                                                                                                                                                      |                        | ふりがな<br>世帯主    |              |
| 住 所<br>(住民登録のある場所)                                                                                                                                                  | ふじみ野市                  |                |              |
| 電話番号                                                                                                                                                                | ( ) 日中連絡のつくところ ( 方)    |                |              |
| 分娩予定日                                                                                                                                                               | 年 月 日                  | 妊娠週数<br>(妊娠月数) | 第 週<br>(第 月) |
| 今回の妊娠で性病に関する検査の有無                                                                                                                                                   | 有 ・ 無                  |                |              |
| 今回の妊娠で結核に関する検査の有無                                                                                                                                                   | 有 ・ 無                  |                |              |
| 診断または保健指導を受けたときの<br>医師名・助産師名                                                                                                                                        | 医師名 医療機関名<br>助産師名 助産院名 |                |              |
| 今回の妊娠                                                                                                                                                               | ( )回目                  | 今までの出産         | ( )回         |
| ふじみ野市長 宛て<br>上記のとおり届けます。また、本届出に係る情報について次のことに同意します。<br>1 母子保健に係る各事務事業に利用すること<br>2 他市町村への照会及び提供に関すること<br><br>年 月 日<br>届出者氏名 妊婦との続柄( )<br><br>*代理人の場合は本人の了解を得ている方のみ届出可 |                        |                |              |

妊婦健康診査等助成券交付申請書

|           |                             |
|-----------|-----------------------------|
| ふじみ野市長 宛て | 年 月 日<br>申請記入者 印<br>対象者との関係 |
|-----------|-----------------------------|

次のとおり、妊婦健康診査等助成券の交付を申請します。 ※自署の場合は、押印不要です。

|                                                                                                                                                                                                                                          |                    |          |              |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|--------------|------------|
| 対象者                                                                                                                                                                                                                                      | ふりがな<br>氏 名        |          | 生年月日<br>(年齢) | 年 月 日 ( 歳) |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 住 所<br>(住民登録のある住所) | ふじみ野市    |              |            |
| 連絡先                                                                                                                                                                                                                                      | 本 人                | ( )      |              |            |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 父(パートナー)           | ( ) (氏名) |              |            |
|                                                                                                                                                                                                                                          | 自 宅                | ( )      |              |            |
| 妊婦健康診査等助成券交付に当たり、以下の事項について同意します。<br>・ 必要に応じて、健康状態の確認、受診の勧奨、電話や訪問による保健指導を行うことがあります。<br>・ 同一年度内に市が実施した子宮頸がん検診を受けた方は、助成券による検診を受けることができません。<br>重複して受検した場合は、自己負担になります。<br>・ 個人が特定されない健診結果の統計について、県や国に報告します。<br><br>対象者氏名 印<br>※ 自署の場合は、押印不要です |                    |          |              |            |

◎妊娠届出書とアンケートの記載内容は母子保健に関する事業のために活用させていただきます。  
 ご様子を伺うため、こども家庭センターからお電話することもございます。ご了承ください。

|                                                                  |                         |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1: 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、またはお産の時に医師から何か問題があると言われていましたか。   | はい ( ) いいえ              |
| 2: これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか。                         | はい ( ) いいえ              |
| 3: 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談をしたことがありますか。  | はい (時期: 理由: )<br>いいえ    |
| 4: 困ったときに相談する人についてお尋ねします。                                        | はい      いいえ      夫がいない  |
| ① 夫には何でも打ち明けることができますか。                                           |                         |
| ② お母さんには何でも打ち明けることができますか。                                        | はい      いいえ      実母がいない |
| ③ 夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか。                                         | はい (誰 )      いいえ        |
| 5: 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。                                       | はい      いいえ             |
| 6: 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか。                                | はい      いいえ             |
| 7: 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり、事故にあったことがありましたか。 | はい (誰 )      いいえ        |

|                                                                                        |                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 今年度(4月1日～3月31日)に市が実施している「子宮頸がん検診」を受けましたか。<br>* 後日、検診を受けたことが判明した場合は、検診費用の返還を求めることがあります。 | はい      いいえ                                                                                                                         |
| 1: 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。                                                                   | いいえ      はい                                                                                                                         |
| 2: 今回の妊娠がわかった時はどんなお気持ちでしたか。                                                            | ①うれしかった      ②予想外だったがうれしかった<br>③予想外だったのでとまどった      ④困った<br>⑤なんとも思わない      ⑥その他(内容 )                                                 |
| 3: 里帰りの予定はありますか。<br>サポートしてくれそうな方はどなたですか。                                               | 里帰り: いいえ      はい(里帰り先 期間 )<br>サポーター: 夫 実母 実父 夫の母 夫の父 兄弟姉妹 その他( )                                                                    |
| 4: 現在「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」はありますか。                                                  | ①なし<br>②あり ⇒ ア: 妊娠・出産について      イ: 自分の身体のこと<br>ウ: 夫婦(パートナー)関係のこと      エ: 家族関係のこと      オ: 育児の仕方<br>カ: その他( )                          |
| 5: 現在、あなたはタバコ(電子タバコを含む)を吸いますか。                                                         | いいえ      妊娠してやめた      はい( 本/日)                                                                                                      |
| 6: 現在、夫(パートナー)や同居家族はタバコを吸いますか。                                                         | いいえ      はい( 本/日)                                                                                                                   |
| 7: 現在、あなたはアルコールを飲みますか。                                                                 | いいえ      はい( 回/週)                                                                                                                   |
| 8: 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。                                                          | ①なし<br>②あり⇒ア: 心臓病      イ: 高血圧      ウ: 慢性腎炎      エ: 糖尿病<br>オ: 肝炎      カ: こころの病気(診断名: )<br>キ: その他( )<br>*それはいつ頃ですか ⇒ ( 年頃)      現在治療中 |
| 9: この1年間に、次のような症状が2週間以上続いたことがありますか。<br>あてはまるものがあれば○をつけてください。                           | 気分が落ち込む      興味や喜びを感じない      自信がもてない<br>自分を不必要に責めた      将来が不安で心配だ                                                                   |
| 10: 夫(パートナー)についてお聞きます                                                                  | 生年月日: 年 月 日 ( 歳) 職業 ( )                                                                                                             |

|                           |                                                                                                                                            |            |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 11: * 現時点で未入籍の方のみご記入ください。 | 入籍予定 あり(いつ頃: )<br>なし<br>パートナー住所:<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>都道府県</span> <span>区市町村</span> </div> | *職員記入欄<br> |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|