

# 妊娠届出カード

No.

届出日	平成 年 月 日	届出者	妊婦・夫 その他 ( )	届出週数	週
現住所 (住民登録の住所)	内灘町  自宅 ( ) - 携帯 ( ) -			現在加入している健康保険に ○を記入してください。  国保・社保 (本人・扶養)	
妊婦個人番号			家族構成 (一緒に住んでいる方を「ひとつの○」で囲ってください。)		
妊婦氏名		職業			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)				
配偶者氏名		職業			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)				
妊娠回数 (今回を含む)	回	生存子数	人		
診断を受けた施設名					
分娩予定日	平成 年 月 日				
里帰りの有無	無・有 連絡先住所	里帰りの先から戻る予定	平成 年 月 頃	石川県外で出産予定の方は下欄に○を記入してください。	
育児を協力してくれる人はいですか?	いいえ・はい ※「はい」と答えた方は次の中から当てはまる項目に「○」印を付けてください。 夫・母親(母方・父方)・父親(母方・父方)・その他				
妊娠を知った時の気持ちはどうでしたか?	驚いた・困った・うれしかった その他 ( )				
出産・育児に不安や悩みはありますか?	いいえ・はい ・仕事と育児が両立できるか不安 ・出産が無事できるか不安 ・生まれてくる子が元気な子か不安 ・その他 ( )				
治療中又は治療歴のある病気はありますか?	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧 (無・有)</li> <li>・慢性腎炎 (無・有)</li> <li>・糖尿病 (無・有)</li> <li>・肝炎 (無・有)</li> <li>・心臓病 (無・有)</li> <li>・甲状腺の病気 (無・有)</li> <li>・こころの問題 (無・有)</li> <li>・不妊治療 (無・有)</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>				
前回の妊娠で心配なことはありましたか?	なし・あり (高血圧・高血糖・貧血・切迫流産・早産・低出生体重児) その他 ( )				
身長・体重	身長 ( ) cm	妊娠前体重 ( ) kg	BMI ( )		
飲酒・喫煙	飲酒 (有・無)		喫煙 (有・無)		
聞きたいこと・相談したいことはありますか?					
備考欄					
保健センター記入欄	児名前		平成 年 月 日生	項目 1・2・3・4・5・6・7・8 9・10・11・12・13・14・15	
	面接者	時期	システム入力		

(注) 内灘町に住民登録していない方に、母子手帳を交付できません。