妊 娠 届 出 書

※　太枠の該当するところを記入または◯印で囲んでください。

母子手帳番号		補助券番号		届出日	令和　　年　　月　　日

妊婦等の状況	ﾌﾘｶﾞﾅ		個人番号	
	妊婦の氏名		職業	
	生年月日	S ・ H　　年　　月　　日　　歳	初産 ・ 今までの出産　　回	
	父となる人		生年月日	S ・ H　　年　　月　　日　　歳
	妊婦の住所 （住民登録地）	寒川町	自宅電話　　－ 妊婦携帯　　－　　－	
	妊娠週数	妊娠　満　　週　（第　　ヶ月）	予定日	令和　　年　　月　　日
	今回の妊娠についてどう思いますか？ うれしい　ややうれしい　どちらともいえない　ややうれしくない　うれしくない			
	出産後赤ちゃんとの生活を楽しめると思いますか？ 思う　やや思う　どちらともいえない　やや思わない　思わない			
	今現在もしくは過去に、定期的に受診したり、薬を飲んだりしたことはありますか？ ない　ある（病名等　　）			
	不安なこと、相談したいことはありますか。　ある　・　ない 出産に関すること　お腹の子供のこと　上の子供のこと　仕事のこと　自分の健康 経済的なこと　夫婦関係　あなたの両親のこと　隣近所のこと その他（　　）			
妊婦健診	今回の妊娠の診断を医療機関、助産院で　受けた ・ 受けない			
	医療機関名： 電話番号：　　－　　－	医療機関の所在地　県内・県外 寒川　茅ヶ崎　他　　市・町・村		
	今後の妊婦健診を受ける医療機関、助産院名（<u>上記と異なる方のみ記入</u>）			
	医療機関名： 電話番号：　　－　　－	医療機関の所在地　県内・県外 寒川　茅ヶ崎　他　　市・町・村		
喫煙	１：有（1か月以内にやめようと思う：はい ・ いいえ） ２：無　　３：今回の妊娠でやめた			
飲酒	１：有（1か月以内にやめようと思う：はい ・ いいえ） ２：無　　３：今回の妊娠でやめた			
その他	里帰り出産の予定はありますか？　はい ・ いいえ それはどちらですか？　都道府県　　区市町村			
	父親・母親教室に参加希望はありますか？　はい ・ いいえ ・ 考え中			
	妊娠中に寒川町から転出の予定はありますか？　はい ・ いいえ それはどちらですか？　都道府県　　区市町村			

上記のとおり届け出ます。　　寒川町長　様

届出者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

マタニティーストラップ交付　あり ・ なし	