

妊娠届出書

ふりがな		生年月日	職 業
妊婦氏名 (個人番号)		昭・平 年 月 日 ()歳	
ふりがな		生年月日	職 業
夫 氏 名 (パートナー)		昭・平 年 月 日 ()歳	
住 民 票	泉大津市		
居 住 地	<input type="checkbox"/> 住民票に同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる ()		
電 話 番 号	自宅 携帯		
出産予定日	令和 年 月 日	出産予定人数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (人)
妊娠週数 (妊娠月数)	妊娠 週 (満 か月)	出産予定 医療機関	<input type="checkbox"/> 泉大津市立 周産期小児医療センター <input type="checkbox"/> その他 ()
妊娠の診断 を受けた 医療機関名	<input type="checkbox"/> 泉大津市立 周産期小児医療センター <input type="checkbox"/> その他 ()	性病に関する 健康診断の有無 (血液検査)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
		結核に関する 健康診断の有無 (胸部レントゲン検査)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない

泉大津市長 様

交付に際して、本届出書の記載事項について、住民基本台帳にて確認することを承諾します。
 また、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、必要に応じて市と関係機関が連携をとることに同意します。

令和 年 月 日

届出者氏名 _____

妊婦との続柄: 本人 夫(パートナー) 父母 その他

マタニティ応援プロジェクトにおいて、米の配送(毎月 10kg)を	
<input type="checkbox"/>	希望します。また、別紙の案内チラシに記載の同意・確認事項について同意します。
<input type="checkbox"/>	希望しない。

【泉大津市処理欄】

母子健康手帳交付番号 No.	<input type="checkbox"/> 住基確認済 <input type="checkbox"/> 妊娠証明書類確認済	交付受付者	レター送付	可・不可
			地区担当	米の配送
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※このページは記入不要です

来所者:妊婦 夫(パートナー) 妊婦方実父・実母 子()
その他()

アンケート

No.

泉大津市では、妊娠・出産・子育ての様々なご相談や支援を行っています。今後、妊娠期から子育て期にわたり切れ目のない支援のために使用しますので、下記のアンケートへのご回答をお願いいたします。

項目	当てはまる回答にチェック又はご記入をお願いいたします	
① 婚姻について	<input type="checkbox"/> 既婚 [<input type="checkbox"/> 婚姻期間 (年 か月)] <input type="checkbox"/> 未婚 [<input type="checkbox"/> 交際期間 (年 か月)] <input type="checkbox"/> 入籍予定なし <input type="checkbox"/> 入籍予定あり (年 月頃)	
② 転居の予定について	<input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり (年 月上旬・下旬 どこへ:)	
③ 里帰りの予定について	<input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり (年 月頃)	
④ 妊娠、出産、育児のことで相談したり、協力してくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ [<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母] <input type="checkbox"/> 無 [<input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> その他 ()]	
⑤ これまでに妊娠・出産をしたことがありますか(今回の妊娠は含まない)	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ [<input type="checkbox"/> 妊娠 () 回 <input type="checkbox"/> 出産 () 回] <input type="checkbox"/> 無 [<input type="checkbox"/> 流産 () 回 <input type="checkbox"/> 中絶 () 回]	
⑥ 今回、予定した妊娠でしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑦ 今回の妊娠では不妊治療をしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑧ 今回、妊娠されて今のお気持ちはいかがですか	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> とまどっている <input type="checkbox"/> わからない	
⑨ 夫(パートナー)の今のお気持ちはいかがですか	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> とまどっている <input type="checkbox"/> わからない	
⑩ 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	<input type="checkbox"/> 無 [<input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 健康面] <input type="checkbox"/> 有 ⇒ [<input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)関係 <input type="checkbox"/> 父母との関係] <input type="checkbox"/> 上の子の育児 <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑪ あなた以外の家族で体調の悪い人はいますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑫ 現在、夫(パートナー)や同居家族は、タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う ⇒ <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑬ あなたは、現在治療中の病気や、これまでにかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 無 [<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 肝炎] <input type="checkbox"/> 有 ⇒ [<input type="checkbox"/> こころの病気(うつ病、パニック障がいなど)] <input type="checkbox"/> その他 () ⇒それはいつ頃ですか(年前) 現在治療中・治療済み 病院名 ()・治療内容()	
⑭ 現在、利用または取得されているものはありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳()	
⑮ この1年間に、 <u>2週間以上続く</u> 「眠れない」「イライラ」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

あなたの生活習慣についてお伺いします。

① タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 吸う(約_____本/日)
② お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 飲む
③ 定期的に運動をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 1日7~8時間の睡眠をとっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 朝食はほぼ毎日とっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 間食はあまりしないようにしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 妊娠前と比べて生活習慣を気にしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

裏面の記入もお願いいたします。



過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。必ず10項目全部にお答えください。

1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。
() いつもと同様にできた
() あまりできなかった
() 明らかにできなかった
() 全くできなかった
2. 物事を楽しみにして待った
() いつもと同様にできた
() あまりできなかった
() 明らかにできなかった
() 全くできなかった
3. 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた
() はい、たいていそうだった
() はい、時々そうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、全くなかった
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした
() いいえ、そうではなかった
() ほとんどそうではなかった
() はい、時々あった
() はい、しょっちゅうあった
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた
() はい、しょっちゅうあった
() はい、時々あった
() いいえ、めったになかった
() いいえ、全くなかった
6. することがたくさんあって大変だった
() はい、たいてい対処できなかった
() はい、いつものようにはうまく対処できなかった
() いいえ、たいていうまく対処した
() いいえ、普段通りに対処した
7. 不幸せな気分なので、眠りにくかった
() はい、ほとんどいつもそうだった
() はい、時々そうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、全くなかった
8. 悲しくなったり、惨めになったりした
() はい、たいていそうだった
() はい、かなりしばしばそうだった
() ほんの時々あった
() いいえ、全くそうではなかった
9. 不幸せな気分だったので、泣いていた
() はい、たいていそうだった
() はい、かなりしばしばそうだった
() ほんの時々あった
() いいえ、全くそうではなかった
10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた
() はい、かなりしばしばそうだった
() 時々そうだった
() めったになかった
() 全くなかった

ご記入ありがとうございました。なお、ご記入いただいた内容は、個人情報として厳重に取り扱います。また、泉大津市の母子保健施策の推進のため統計的に処理し結果を公表することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。

