

# 妊 娠 届

No.   -  1  8   -  -     -

ふりがな			個人番号	生年月日
氏 名				年 月 日 ( 歳)
職 業	無（主婦・その他） 有（会社員・公務員・自営業・看護師・パート・その他）			
居 住 地	郡山市		国 籍	
			電 話	
分娩予定日	年 月 日	妊娠週数	満 週	
過 去 の 分娩回数	無 有（ 回）	診断を受けた医師名又は 助産師名（医療機関名）		
性病に関する健康診断の有無	受 け た ・ 受 け ない			
結核に関する健康診断の有無	受 け た ・ 受 け ない			
保 険 区 分	国民健康保険 ・ そ の 他			
上記のとおり届け出ます。				
郡山市長		届出人氏名 続柄（ ）		
				年 月 日

郡山市では、妊産婦の方の生活や健康上の心配事などに対する相談をお受けしていますので、気軽に御相談ください。電話による相談も行っています。

\*悩み、心配事、気がかりなことがありましたら、記入してください。

\*裏面の質問票の記入をお願いします。

母子手帳交付窓口は郡山市の子育てサイトを御参照ください。  
QRコードから、郡山市のウェブサイトに移行できます。



ー 妊娠届出時のマイナンバー(個人番号)の確認と本人確認に必要なもの ー

<p>マイナンバー確認 〔正しい番号であることの確認〕</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号カード ※本人確認不要</p> <p><input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し(番号記載)</p>	➔	<p>本人確認 〔番号の正しい持ち主であることの確認〕</p> <p>▼1つで可</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許書    <input type="checkbox"/> 写真付学生証  <input type="checkbox"/> パスポート    <input type="checkbox"/> 写真付資格証明書  <input type="checkbox"/> 在留カード    <input type="checkbox"/> 写真付社員証  <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳    <input type="checkbox"/> その他 ( )  <input type="checkbox"/> 税理士証票 ( )</p> <p>▼いずれか2つで可</p> <p><input type="checkbox"/> 公的医療被保険者証    <input type="checkbox"/> 住民票写し  <input type="checkbox"/> 年金手帳    <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書  <input type="checkbox"/> 納税証明書    <input type="checkbox"/> 国税、地方税、社保料、公共料金領収書  <input type="checkbox"/> 戸籍の附票の写し    <input type="checkbox"/> 源泉徴収票  <input type="checkbox"/> 写真無身分証明書    <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>	<p>担当確認印</p>
---	---	--	--------------

妊娠・出産・育児サポート質問票

【妊娠届時】

妊娠おめでとうございます。  
 郡山市では、妊娠中から皆さまの子育てを応援しています。この質問票は、お母さんと赤ちゃんの健康を守るため、妊娠・出産・育児を切れ目なくサポートしていくためのものです。ご記入よろしくお願ひします。

	続柄	氏名	生年月日	年齢	職業	健康状態	連絡先
家族構成	妊婦本人		. .			良好・否 ( )	— —
	夫 (パートナー)		. .			良好・否 ( )	— —
			. .			良好・否 ( )	
			. .			良好・否 ( )	
			. .			良好・否 ( )	
			. .			良好・否 ( )	
1	里帰り出産の予定はありますか			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 里帰り先市町村名 ( ) 里帰り先分娩予定施設名 ( ) 里帰り予定時期 ( 月～ 月頃)			
2	体格について		身長	cm	妊娠前の体重	kg	
3	妊娠が分かったときの気持ちはいかがでしたか (複数回答可)			<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> その他 ( )			
4	妊娠経過は良好ですか			<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (つわり その他 ( ))			
5	困ったときに相談する人はいますか			<input type="checkbox"/> いる 夫 (パートナー) 父母 義父母 兄弟姉妹 その他 ( ) <input type="checkbox"/> いない			
6	困ったときに協力してくれる人はいますか			<input type="checkbox"/> いる 夫 (パートナー) 父母 義父母 兄弟姉妹 その他 ( ) <input type="checkbox"/> いない			
7	現在、「困っている」「悩んでいる」「不安なこと」などはありますか			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 妊娠・出産について 経済的なこと 自分の健康のこと 夫 (パートナー) のこと 家族のこと 育児のこと 仕事のこと その他 ( )			
8	あなたはタバコを吸いますか			<input type="checkbox"/> 以前から吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)			
9	夫 (パートナー) や同居の家族はタバコを吸いますか			<input type="checkbox"/> 以前から吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) 誰が ( ) どこで ( )			
10	あなたはお酒を飲みますか			<input type="checkbox"/> 以前から飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 飲む (時々 回/週 毎日 )			
11	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			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心臓病 高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病 婦人科疾患 整形疾患 心の病気 (うつ病など) その他 ( ) 現在治療中 以前治療した (いつごろ: )			
12	不妊治療を受けていたことはありますか			<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
ご記入いただいた内容は、個人情報として取り扱い、プライバシーを保護いたします。必要時、医療機関と市が情報を共有し、助産師・保健師から連絡させていただくことがありますので、同意いただける場合は□にシ点をに入れてください。 <input type="checkbox"/> 出産・育児支援のため、妊娠届出書・質問票の内容について、医療機関、市などが情報を共有し連絡することなどに同意します。 ご協力ありがとうございました。							

来所者：本人・夫 (パートナー) ・その他 ( ) : ~ : ( )	1 特になし 2 助言・情報提供し、現時点では特になし 3 要継続	担当	サポートプラン作成 (済・未)	《妊婦支援給付金申請》 1 收受 2 配付済 3 他市申請済 4 その他 ( )
-------------------------------------	---	----	-----------------	--