

妊 娠 届 出 書

No. _____

フリガナ											生年月日	年 月 日	
妊婦氏名												(歳)	
個人番号 (マイナンバー)												職 業	
住 所	墨田区 電話番号 (妊婦の連絡先)												
フリガナ											妊婦との 続 柄		
世帯主氏名													
妊娠週数	満 週 (第 月)										分娩予定日	年 月 日	
性病に関する健康診断 (血液検査)	受けた ・ 受けていない					結核に関する健康診断 (1年以内の胸部X線)					受けた ・ 受けていない		
診断を受けた 医師名又は助産師名 (医療機関名)	医療機関名												
	所在地												
	医師等名												
初産・経産の別	初産 ・ 経産 (今までのお産 () 回)												
母子保健法第15条の規定により、上記のとおり届け出ます。 墨田区長あて 届出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 届出人氏名 _____ 妊婦との続柄 (_____) 届出人電話番号 _____													

※裏面には、妊娠、出産、育児等への支援に係る同意に関する記載があります。

<事務処理欄>

身元確認	A	顔写真付身分証明書(1点)	マイカード 運転免許証 在留カード 障害者手帳 社員証 その他 ()
	B	顔写真無身分証明書(2点)	保険証 診察券 住民票 年金手帳 公共料金領収証 社員証 その他 ()
マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> 記載なし <input type="checkbox"/> 記載あり (確認: マイカード 通知カード (住所・氏名・生年月日に変更ないものに限る) 住民票 職権)		
住基確認	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (住基ない場合は各種受診票・歯科受診票などの金券類の交付不可。親子健康手帳は交付可。ゆりかごは要相談)		
多胎確認	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (人) ・親子健康手帳追加配布数 (冊) ・新生児聴覚検査受診票追加配布数 (組)		
交付物チェック	<input type="checkbox"/> 親子健康手帳 (外国語版のとき言語:) <input type="checkbox"/> PEバッグ一式		
裏面記入チェック	<input type="checkbox"/> 記入済み		代理の場合委任状 <input type="checkbox"/> あり
ゆりかご面接	<input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 後日 (□案内チラシ配布済)		受付者 _____

同意書

表面の妊娠届出書の記載内容（個人番号にあっては、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律により個人番号を利用することができる場合に限る。）については、妊娠、出産、育児等への支援を目的として、次の事項について利用することについて同意します。

- 母子保健法第10条に規定する保健指導
 - 妊産婦等に対して、妊娠、出産又は育児に関して、必要な保健指導を行うことです。
- 母子保健法第11条に規定する新生児の訪問指導
 - 新生児及び乳児の発育、栄養、生活環境等育児に必要な事項について、保護者等に対し適切な指導を行うことです。
- 母子保健法第12条及び第13条に規定する健康診査
 - 乳幼児に対して、3～4か月健診、1歳6か月健診、3歳児健診等の健康診査を行うことです。
- 母子保健法第14条に規定する栄養の摂取に関する支援
 - 妊産婦又は乳幼児に対して、栄養の摂取につき必要な援助を行うことです。
- 母子保健法第17条に規定する妊産婦の訪問指導等
 - 妊産婦に対して、主に日常の生活指導を行います。
- 母子保健法第18条に規定する低体重児の届出
 - 未熟児の早期把握を期するため、出生通知票による届出等が行われるよう指導することです。
- 母子保健法第19条に規定する未熟児の訪問指導
 - 未熟児について、養育上必要があると認めるときは、保健師又は助産師等が訪問指導を行うことです。
- 母子保健法第22条に規定するこども家庭センターの業務
 - 母性と乳幼児の健康保持及び増進に関する包括的な支援を行うための実情把握、保健相談や保健指導等を行い、保健医療又は福祉機関と連携調整を行うことです。
- 児童福祉法第10条の2に規定するこども家庭センターの業務
 - 児童及び妊産婦の福祉に関する実情把握と情報提供、各家庭の相談に応じた支援を行い、心身の状況等により包括的な支援を必要とする要支援児童等に対して、支援計画の作成とその他の包括的かつ計画的な支援を行うことです。
- 予防接種法第8条及び第9条に規定する予防接種の勧奨、予防接種を受ける努力義務
 - 定期の予防接種であってA類疾病に係るもの又は臨時の予防接種の対象者へ勧奨を行い、これらの予防接種を受けるよう努めていただくことです。
- その他これらに準ずる事項に関すること。
 - 上記1～10の項目で必要に応じて区の職員（事業の受託者を含む）から電話連絡等を行うことがあります。

_____年 _____月 _____日

氏名 _____

(妊婦本人)

アンケート

以下のアンケートにご回答をお願いいたします。

1. 妊娠・出産・育児のことで相談できる人や協力してくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
2. 今回妊娠されてのお気持ちはいかがですか	<input type="checkbox"/> うれしい ・ <input type="checkbox"/> とまどいがある ・ <input type="checkbox"/> 不安がある ・ <input type="checkbox"/> つらい
3. 今までに心理的・精神的な問題で医師やカウンセラーに相談したことがありますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
4. 出産費や生活費の捻出に困っていますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ

※区保健所（健康推進課）から連絡させていただく場合がありますのでご承知おきください。