

妊娠届出書及び母子手帳交付申請書

令和 年 月 日

松川町長 北沢 秀公 様

1. 妊婦の氏名: _____ 出身地: _____ 職業: _____
 妊婦の生年月日 昭和・平成 年 月 日(満 歳) 電話番号: _____
2. 現住所 松川町 _____ 世帯主名 _____
 (自治会 組)
3. 夫の氏名: _____ 出身地: _____ 職業: _____
 夫の生年月日 昭和・平成 年 月 日(満 歳) 電話番号: _____
4. 妊娠週数 _____ 週
5. 出産予定日 令和 年 月 日
6. 妊娠の診断を受けた医院、病院名 _____
7. 出産を予定されている医院、病院 (県内: 飯田市立病院 ・ 駒ヶ根レディースクリニック ・ その他)
 (県外: ())
8. 保険証の種類 (市町村国保 ・ その他)
☐ 国保加入の方は産前産後期間(4か月分)に係る国保税軽減制度があります(要申請)
9. 今回の妊娠は _____ 回目 第 _____ 子 自然妊娠 ・ 治療して妊娠(めばえ申請: 済 ・ 未)
10. 妊娠を知った時どのような気持ちでしたか
 (1. 嬉しかった 2. 予想外だが嬉しかった 3. 驚き戸惑った 4. 不安・困った 5. 何とも思わなかった)
11. 体のことについておたずねします
- ①体の状態はいかがですか()
- ②自分の親・兄弟に糖尿病・腎臓病の人はいますか はい(糖尿病・腎臓病 誰:) ・ いいえ
- ③今までにかかった病気や治療中の病気はありますか なし ・ あり
 (ころの病気() ・ 心臓病・肝炎・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・その他())
 時期: _____ / 治療あり(終了・継続・中断) ・ 治療なし)
- ④喫煙の有無 本人: 有 ・ 無 同居するご家族: 有 (夫 ・ その他) 無
- ⑤飲酒の有無 有 ・ 無
- ⑥妊娠前の身長・体重を教えてください 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____
12. 妊娠、出産、育児について相談できる人はいますか はい () ・ いいえ
13. 出産後、育児をサポートしてくれる人はいますか はい () ・ いいえ

※裏面もご記入ください

14. 心配なことはありますか

1. なし 2. 妊娠中の身体のこと 3. 家事や仕事のこと
 4. 出産・育児にかかる費用のこと 5. 夫・パートナーとの関係について
 6. 相談者や協力者がいないこと 7. 家族の健康について 8. 上の子のこと
 9. 妊娠を継続するかどうか 10. その他()

…… 上のお子さんの時の妊娠中の経過についておたずね ……

第1子	第2子	第3子
生年月日	生年月日	生年月日
氏名	氏名	氏名
母の年齢	母の年齢	母の年齢
喫煙の有無 有 無	喫煙の有無 有 無	喫煙の有無 有 無
【出産時】	【出産時】	【出産時】
出生週数 週	出生週数 週	出生週数 週
出生体重 g	出生体重 g	出生体重 g
正常分娩 帝王切開	正常分娩 帝王切開	正常分娩 帝王切開
【妊娠中】	【妊娠中】	【妊娠中】
体重増加 kg	体重増加 kg	体重増加 kg
薬を飲んだり、病院で注意されたものがありましたら ○印をしてください	薬を飲んだり、病院で注意されたものがありましたら ○印をしてください	薬を飲んだり、病院で注意されたものがありましたら ○印をしてください
高血圧 ・ むくみ (140/90mmHg以上)	高血圧 ・ むくみ (140/90mmHg以上)	高血圧 ・ むくみ (140/90mmHg以上)
尿蛋白 ・ 尿糖 (2+以上)	尿蛋白 ・ 尿糖 (2+以上)	尿蛋白 ・ 尿糖 (2+以上)
貧血 ・ はり	貧血 ・ はり	貧血 ・ はり
(切迫流産・切迫早産)	(切迫流産・切迫早産)	(切迫流産・切迫早産)
出産前の入院 期間：	出産前の入院 期間：	出産前の入院 期間：

〈初回産科受診料補助事業〉※該当者のみ
 松川町初回産科受診料補助事業の申し込みをします。
 令和 年 月 日

申込者

