

□転入(前住所地) 受付:()
届出日: 年 月 日 / 母子手帳No.()
来所者: 本人・夫・パートナー・実母・義母 ()

マタニティシート

ご妊娠おめでとうございます。秦野市では妊娠中から皆様の子育てを応援しています。
太枠内の該当するところにレ点、又は記入をしてください。

ふりがな		昭和・平成	国籍	日本・日本以外()
妊婦氏名		年 月 日生 (歳)	婚姻状態	<input type="checkbox"/> 既婚(婚姻年齢 歳) <input type="checkbox"/> 未婚(入籍予定 無・有⇒ 年 月頃)
妊婦の職業	1.会社員 2.自営業 3.公務員 4.パート・アルバイト 5.その他職業 6.学生 7.無職 仕事内容() 勤務時間()時~()時 シフト制			
妊婦の電話	() - 自宅・携帯(その他) 日中通話可能な時間帯()時~()時			
メールアドレス				
ふりがな		昭和・平成	国籍	日本・日本以外()
子の父の氏名		年 月 日生 (歳)	住所	同じ・()
父の職業	1.会社員 2.自営業 3.公務員 4.パート・アルバイト 5.その他職業 6.学生 7.無職 仕事内容() 勤務時間()時~()時 シフト制			
1.現在一緒に住んでいる方はどなたですか。	<input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 妊婦の父母 <input type="checkbox"/> 夫・パートナーの父母 <input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> その他()			
2.妊娠についてのお気持ちをお聞かせください。	<input type="checkbox"/> とてもうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だが、うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で、戸惑い困った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった <input type="checkbox"/> その他()			
3.現在の体調はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い(症状:)			
4.出産される医療機関は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> はい(名称:) <input type="checkbox"/> 未定			
5.今までの妊娠出産の状況についてお尋ねします。	<input type="checkbox"/> 妊娠回数 初回/()回目 <input type="checkbox"/> 出産()回 <input type="checkbox"/> 今回の胎児数 単胎・多胎(胎) <input type="checkbox"/> 今回の不妊治療(期間は約 年 か月) <input type="checkbox"/> 流産 回(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 死産 回(妊娠 週)			
6.お子さんはいますか。	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない			

※【いる】にチェックされた方に伺います。お子さんについてご記入ください

	名前	生年月日	性別	所属	出産場所	出産週数	出生時体重	妊娠・出産時の状況	同居	心配事
例	イチロー	H25.4.2	男/女	はだの こども園 年長	はだの産婦人科	38 週	2800g	(切迫早産、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、帝王切開、弛緩出血、黄疸の治療)	無・有	無・有
第1子			男/女					正常・()	無・有	無・有
第2子			男/女					正常・()	無・有	無・有
第3子			男/女					正常・()	無・有	無・有
第4子			男/女					正常・()	無・有	無・有

⇒裏へ続く

7.今までにかかったことのある身体の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(高血圧・心臓病・糖尿病・慢性腎炎・肝炎・甲状腺疾患・婦人科疾患 その他) 歳 ※【あり】の方に伺います。現在の受診状況を教えてください。医療機関() <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 治療(受診)中断 <input type="checkbox"/> 受診中 <input type="checkbox"/> 服薬中(薬名:) その疾患での入院歴は⇒ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつ頃 期間) 妊婦健診を受ける医療機関に伝えていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8.今までにかかったことのあるところの病気はありますか。また、カウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(相談のみ・疾患名:) いつ頃ですか (歳頃) きっかけや症状() ※【あり】の方に伺います。現在の受診状況を教えてください。医療機関() <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 治療(受診)中断 <input type="checkbox"/> 受診中 <input type="checkbox"/> 服薬中(薬名:) その疾患での入院歴は⇒ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつ頃 期間) 妊婦健診を受ける医療機関に伝えていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9.現在たばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(本/日)
10.家族でたばこを吸う方はいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (夫・パートナー・実父・実母・義父・義母・その他)
11.実家はどちらですか。	夫(パートナー)方住所: 県 市 妊婦方住所: 県 市
12.妊娠中や産後に協力してくれる人はいますか。	<input type="checkbox"/> いる⇒その方はどなたですか。 <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 妊婦の両親や姉妹 <input type="checkbox"/> パートナーの両親や姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> いない
13.里帰り出産の予定はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(夫方実家 母方実家 その他)
14.妊娠中または産後、転居の予定はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(転居先 , 月頃) <input type="checkbox"/> 未定
15.不安なこと、心配なことや相談したいことはありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <input type="checkbox"/> 妊娠中の身体やころのこと <input type="checkbox"/> 出産や育児のこと <input type="checkbox"/> 家事や仕事のこと <input type="checkbox"/> 妊娠、出産、育児にかかる費用 <input type="checkbox"/> 夫、パートナーとの関係 <input type="checkbox"/> 保育園などの利用 <input type="checkbox"/> お金のこと <input type="checkbox"/> 相談者や協力者が見つけれない <input type="checkbox"/> 戸籍について <input type="checkbox"/> その他 ()

妊娠から出産、子育てを安心して過ごしていただけるように、保健師や助産師等が支援いたします。妊娠届出書及びマタニティシートの内容について、必要に応じて医療機関等と市が情報共有させていただきます。

このことに関して、了承します 了承しません

令和 年 月 日

代理人の場合妊婦との続柄

届出者氏名 _____ ()

窓口に来た方が本人(妊婦)以外で個人番号の記入をする場合は、委任状が必要となりますので以下の欄にもご記入ください。

委任状

(代理人)	住所: 氏名: 個人番号の提供を伴うこの届出について次の者を私の代理人として定め、その権限を委任します。 住所:	本人との関係()
(委任者)	氏名(妊婦):	

※この届出の情報は、各母子保健サービス(健康診査、訪問指導、保健指導)で利用させていただきます。母子保健サービス以外には使用しません。

<以下市役所使用欄(届出者記入不要)>

- 妊婦の個人番号の照合(済 ・未) ●住基確認(住登あり・住登なし)
- 届出者の本人確認(運転免許証 ・マイナンバーカード(個人番号カード) ・通知カード・健康保険証・在留カード・その他)
- 申請受付 済 ・ 未
- 確認事項 無 ・ 有(予定日 ・ 病院 /TEL 有 ・ 確認)
- 支援 1 ・ 2(項目 / TEL ・ 地区)