

下記の届出により、必要書類を交付する。

|                                  |                                          |                               |
|----------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|
| 母子手帳及び<br>受診票 NO.                | 妊婦健康診査票（第      回～      回）<br>産後健診 2 枚    | 超音波検査（      枚）<br>新生児聴覚検査 1 枚 |
| 交付年月日    令和      年      月      日 | 交付者名（                                  ） |                               |

妊 娠 届 出 書 (転入)

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                |         |                                                |  |                                                                         |     |                  |  |  |  |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|---------|------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|-----|------------------|--|--|--|
| 転入年月日                       | 令和                      年                      月                      日                                                                                                                                                                                                                      |  |                |         |                                                |  |                                                                         |     |                  |  |  |  |
| 個人番号<br>(マイナンバー)            |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                |         |                                                |  |                                                                         |     |                  |  |  |  |
| 妊婦氏名                        | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                | 生年月日    | (            歳)<br>年            月            日 |  |                                                                         | 勤務先 | (産後の予定：育休・退職・未定) |  |  |  |
| 夫 氏 名<br>(パートナー)            | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                | 生年月日    | (            歳)<br>年            月            日 |  |                                                                         | 勤務先 |                  |  |  |  |
| 住 所                         | 留萌市                      町                      丁目                      番地<br>(アパート名)<br>自宅 Tel                      -                      携帯 Tel                      -                      -<br>今後、転居の予定はありますか                      なし                      あり (                      町) |  |                |         |                                                |  |                                                                         |     |                  |  |  |  |
| 未入籍の方へ                      | 今後、入籍の予定はありますか                      なし                      あり (予定時期                      )                                                                                                                                                                                                  |  |                |         |                                                |  |                                                                         |     |                  |  |  |  |
| 妊娠届出市町村<br>(母子手帳の交付を受けた市町村) |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                | 妊娠届出年月日 |                                                |  | 年                      月                      日                         |     |                  |  |  |  |
| 現在の<br>妊娠週数                 | 週                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 第            子 |         | 予 定 日                                          |  | 令和                      年                      月                      日 |     |                  |  |  |  |
| 妊婦健診<br>受診病院                | 留萌市立病院                      ・                      旭川厚生病院                      ・                      旭川医大病院<br>森産婦人科病院                      ・                      その他 (                      )                                                                                             |  |                |         |                                                |  |                                                                         |     |                  |  |  |  |
| 分娩予定<br>病 院                 | 留萌市立病院                      ・                      旭川厚生病院                      ・                      旭川医大病院<br>森産婦人科病院                      ・                      その他 (                      )<br>→里帰りは、妊娠 32 週より前に予定されていますか                      はい・いいえ                                   |  |                |         |                                                |  |                                                                         |     |                  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 最近の体調はいかがですか<br><div> <div>よい</div> <div>           よくない<br/>           疲れやすい ・ つわりがつらい ・ 眠れない<br/>           その他（ ）         </div> </div>                                                                               |  |  |  |
| 今回の妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか<br><div> <div>とてもうれしかった</div> <div>予想外で驚いたがうれしかった</div> <div>予想外で驚きとまどった</div> <div>困った</div> <div>特に何とも思わなかった</div> </div>                                                                       |  |  |  |
| 今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか<br><div> <div>いいえ</div> <div>           はい<br/>           糖尿病 ・ 高血圧 ・ 腎疾患 ・ 心疾患<br/>           精神神経疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ 婦人科系疾患<br/>           習慣性流産 ・ その他（ ）         </div> </div>                  |  |  |  |
| 現在、困っていることや心配に思うことはありますか<br><div> <div>いいえ</div> <div>           はい<br/>           自身の健康に関すること ・ 出産に関すること<br/>           上の子の子育てのこと ・ 経済面のこと<br/>           家族及び夫婦に関すること<br/>           その他（ ）         </div> </div>     |  |  |  |
| 妊娠中や出産後、相談・協力してくれる人はいいますか<br><div> <div>いいえ</div> <div>           はい<br/>           夫（パートナー） → 育児休暇取得予定（あり・なし）<br/>           親 ・ きょうだい<br/>           その他（ ）         </div> </div>                                      |  |  |  |
| 周囲の人に、どのようなサポートをしてもらいたいですか<br><div> <div> <div>家事</div> <div>上の子への対応</div> <div>仕事（時間帯や内容）</div> </div> <div> <div>精神的なサポート</div> <div>親の介護</div> <div>経済面</div> </div> <div> <div>その他（</div> <div>）</div> </div> </div> |  |  |  |
| ＊個人情報の取り扱いについて 妊婦訪問事業・新生児訪問事業・未熟児訪問事業（母子保健法）、乳児家庭全戸訪問事業（児童福祉法）で使用し、それ以外の事由で使用することはありません。上記の事業を実施するにあたり、医療機関や保健所、教育委員会と本書の情報を共有させていただく場合があります。また、安心して出産や育児に臨めるように支援プランとして使用させていただくことがあります。                                |  |  |  |
| 上記のとおり、届出ます。<br><br><div>留 萌 市 長 様</div><br><br><div>令和            年            月            日</div><br><div>氏名 _____</div>                                                                                              |  |  |  |

|                                  |                                     |                           |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| 身長（            .            cm ） | 非妊時体重（            .            kg ） | ※保健婦記入欄 BMI（            ） |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|