

妊娠届出書

新生児聴覚検査受診票交付()枚

単胎・多胎

フリガナ			年齢	年	月	日	職業	
妊婦氏名				(歳)			
フリガナ							個人番号 ※妊婦本人の個人番号	
世帯主氏名	妊婦との続柄 ()							
居住地	目黒区						電話番号 ※連絡のつく電話番号(妊婦本人・自宅等)	
							- -	
出産予定日	年	月	日	妊娠週数	満	週(か月)	出産回数
								<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> (回目)
性病に関する検査 (血液検査)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない			結核に関する検査		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		
医師又は 助産師の 診断	<input type="checkbox"/> 受けた						<input type="checkbox"/> 受けていない	
	施設名							
	所在地							
	医師又は助産師名							
上記のとおり届けます。								
年 月 日 届出者氏名 妊婦との続柄()								
目黒区長 あて								

目黒区では、安心して子育てできるように妊娠中からサポートや情報提供を行っております。

妊婦ご本人が届出者の場合、以下のアンケートにご記入をお願いいたします。

ご記入いただいたアンケートは妊娠中の健康支援の目的以外には使用しません。

1 妊娠されて今のお気持ちはいかがですか？(複数回答可)

- ①うれしい ②たのしみ ③とまどい ④不安 ⑤心配 ⑥その他 ()

2 妊娠や出産・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？(複数回答可)

- ①はい[パートナー・実父母・義父母・きょうだい・友人・その他 ()] ②いいえ

3 体のことでご心配なことはありますか？(複数回答可)

- ①特になし ②糖尿病 ③高血圧 ④貧血 ⑤こころの不調 ⑥その他 ()

4 なにか困っていることはありますか？(複数回答可)

- ①特になし ②出産費 ③生活費 ④病気のこと ⑤家族のこと ⑥その他 ()

◇ご協力ありがとうございました。

この届出をもとに居住地を担当する保健師等からご連絡を差し上げることがあります。

届出者確認[個人番号カード・パスポート・運転免許証・保険証・その他()]	個人番号確認 <input type="checkbox"/>	住民票確認 <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------