

妊娠届出書

(高取町に住民票がある方のみ対象)

健康診査受診票・母子健康手帳番号

()

※ 下記情報は、保健師等母子保健関係者が支援するためのもので、固く秘密を守りますのでご安心ください。

ふりがな												
妊婦氏名	妊婦個人番号											
	※転入された方は、個人番号の記入は不要です。											
生年月日	年 月 日 (満 歳)					職 業						
住 所	高取町大字					電 話 番 号						
夫・パートナー氏名	夫・パートナー氏名			夫・パートナー生年月日			夫・パートナー年 月 日			夫・パートナー職業		
◎父子健康手帳の交付を (希望します ・ 希望しません)。												
診断を受けた医療機関名						今後健診を継続する医療機関名						
妊娠週数	週 (第 月)					分娩予定日					年 月 日	
妊娠・分娩歴	今回を含めて _____ 回目 分娩 これまでに _____ 回											
過去の妊娠経過	特になし・つわりがひどかった・血圧が高かった・貧血・糖尿病 子宮外妊娠・切迫流早産・流産【自然】()回／【人工】()回 死産()回・その他()											
今回の妊娠経過	特になし・つわりがひどい・おなかの張り・切迫早産の兆候・血圧が高い・貧血 糖尿病・その他()											
不妊治療の有無	無 ・ 有 【 前回の妊娠(年 か月) ・ 今回の妊娠(年 か月) 】											
過去の分娩経過	順調・帝王切開・骨盤位(逆子)・早産・吸引分娩・鉗子分娩 その他()											
出産されたお子さんについて	健康・低出生体重児【2,500g未満児】・その他() SIDS等子どもを産後1年以内に亡くされたご経験はありますか。(有 ・ 無)											
既往歴	無											
	有 → 心臓病・腎臓病・結核・糖尿病・高血圧・肝炎・甲状腺の病気・その他() 今までに心療内科、精神科等に相談や受診をしたことがありますか 無 ・ 有()											
現在、妊娠以外での通院・服薬の状況	無 有 → (病名・症状:)											
家族歴	無 有 → いとこ婚などの血族結婚・心臓病・腎臓病・結核・糖尿病・高血圧 その他()											
結核に関する健診を1年以内に受けましたか?	はい ・ いいえ											
性病に関する検査を1年以内に受けましたか?	はい ・ いいえ											
あなたの実家は?	町内 ・ 町外(都道府県 市・町・村)											
夫・パートナーの実家は?	町内 ・ 町外(都道府県 市・町・村)											
里帰り出産の予定はありますか?	なし ・ あり											
出産後しばらく里帰りされる予定ですか?	いいえ ・ はい (期間:)											
父方祖父母 → 祖父母手帳の交付しますか?	(希望します ・ 希望しません)。											
母方祖父母 → 祖父母手帳の交付しますか?	(希望します ・ 希望しません)。											
医療機関での母親教室受講予定はありますか?	なし ・ あり											
上記のとおり申請します。 年 月 日												
高 取 町 長 様 届出人氏名 (妊婦との続柄:)												

◀ 個人情報に関する同意書 ▶

当届出書に記載した個人情報について高取町が行う各種事業に使用されること、当妊娠・出産に関して妊婦及びその家族の健康と安全を守るために必要な場合は関係機関に情報提供されることに同意します。

(妊婦 署名)

※ 裏面のアンケートにご協力ください。

