

妊娠届出書

(兼 母子健康手帳交付台帳)

妊婦本人以外が届け出の場合

◎ご記入いただいた内容は、個人情報として取り扱います。

母子健康手帳No.

ふりがな	いなぎ はなこ	生年月日	個人番号 (マイナンバー)		
妊婦氏名	稲城 花子	S (H) 5年3月14日 (28) 歳	0000-0000-0000		
		妊娠週数	分娩予定日	妊娠の状態	職業
		既婚・未婚 (入籍予定:あり・なし) 満 8 週	令和3年11月14日	単胎・多胎	会社員
ふりがな	いなぎ たろう	生年月日	職業		
夫の氏名 (パートナー)	稲城 太郎	S (H) 2年2月10日 (31) 歳 TEL: 080-0000-0000	会社員		
住民票上の住所	稲城市 押立000-00 TEL: 090-0000-0000 (日中、連絡の取れる番号)		※左記と異なる所に居住中の方は現在の居住地を記入ください		
健康診断	性病に関する診断 (血液検査) 受けた・受けていない	結核に関する診断 受けた・受けていない	里帰り出産の予定	なし・あり・未定	
妊娠の診断を受けた医療機関名	医療機関名: 稲城市立病院 所在地: 東京都稲城市 ※出産場所が上記と違う場合は下記に記載してください。 医療機関名 (都道府県 区市町村)				
受診票等受け取り確認	枚数をご確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。再発行しませんので大切に保管してください。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診票 14回分	受け取り後に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦子宮頸がん検診受診票 1回分		
	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦超音波検査受診票 4回分		<input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受診票 1回分		
	<input type="checkbox"/> 育児パッケージ ※おやこ包括支援センターで面接を受けた方のみ				
上記のとおり届け出ます。(届け出者・妊婦本人・妊婦以外: 続柄 夫)					
稲城市長 殿					
令和 3 年 4 月 3 日 氏名 稲城 太郎					
※妊婦以外の場合、届け出者の住所を記入ください ※妊婦と同じ場合、『同上』で可					

以下のアンケートにお答えください。おやこ包括支援センターでは、保健師が相談に応じています。

アンケートに基づきご連絡することがあります。

記入不要: 後日、保健師より妊婦さんへお電話などで状況を伺います	・今の気持ちいかがですか。うれしい・戸惑い・不安・特に何も感じなかった・その他 ()
	・初産・経産 () 回
	・流産・死産・早産 () 回
	・今更な産後うつ病を経験したか なし・あり
	・喫煙について 吸わない・妊娠が分かってやめた・吸う
	・飲酒について 飲まない・妊娠が分かってやめた・飲む
	・過去にかかった病気や治療中の病気はありますか なし・あり
	「あり」の方は病名を記入ください: (身体的: 精神的:)
	・現在、飲んでいるお薬はありますか いいえ・はい (薬名)
	・妊娠、出産、育児のことを相談できる人はいますか いいえ・はい (どなたですか:)
	・困っていることや相談したいことはありますか ()
	①特になし ②出産費用 ③生活費 ④健康や病気のこと ⑤パートナーとの関係 ⑥その他

・・・個人番号が不明な場合や、個人番号を証明する証明書 (個人番号カードなど) がない場合・・・

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律 (番号法) 第9条第1項に基づき、稲城市において個人番号を収集するため、個人番号の記入は不要です。

(参考) 番号法第9条第1項
別表第一の上欄に掲げる行政機関、地方公共団体 (中略) は、同表の下欄に掲げる事務の処理に関して保有する特定個人情報ファイルにおいて個人情報を効率的に検索し、及び管理するために必要な限度で個人番号を利用することができる。