

母子手帳 交付番号		妊婦一般健康診査 受診票交付番号	
--------------	--	---------------------	--

妊婦本人の個人番号（マイナンバー） 【	】
------------------------	---

※個人番号は母子保健法施行規則に基づき収集  
管理を行い、母子保健法による妊娠の届出・母子  
手帳の交付に関する事務で使用します。

本人確認書類
・運転免許証・パスポート・マイナンバーカード ・保険証・住民票・手帳( )

# 妊 娠 届

中川町長 様

届出年月日 令和 年 月 日  
届出人氏名  
(妊婦本人・代理人(妊婦との関係 ) )

母子保健法15条の規定により、下記のとおり届出いたします。

住 所	中川郡中川町字			
妊 婦	しめい 氏名		生年月日	
	職業 勤め先		電話番号	
夫 (パートナー)	しめい 氏名		生年月日	
	職業 勤め先		電話番号	
妊娠週数	R 年 月 日 現在 第 週		分娩予定日	
今回の妊娠前過去1年間で受けた検査に ○をつけてください	性病に関する健康診断・結核に関する健康診断			
診断または保健指導を受けた医療機関名				
診断または保健指導を受けた医師・助産師名				

【代理人が届出をする場合】

私(妊婦氏名 ) は、妊娠届及び母子健康手帳の受領に関する権限を  
代理人(関係・氏名 ) に委任します。

代理人確認書類

・運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・保険証・住民票・手帳( )

子育て だより希望	希望される場合は、案内送付に必要な住所・氏名について、子育て支援センターへ情報提供すること にご同意ねがいます。
	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません

町記入欄

町 長	副町長	課 長	課長補佐・主幹	係 長	主 査	担 当

ご妊娠おめでとうございます。中川町では、安心して妊娠出産を迎えていただけるようにサポートしたいと考えています。差支えない範囲で、下記の項目へのご記入をお願いいたします。

妊娠回数について	・初回	・（ ）回目	流産死産	・あり	・なし
出産予定病院	・未定	・病院名（ ）			
入籍について	・入籍している	・入籍予定（時期）	・未定	・入籍予定なし	
同居家族について	あなたを含む 人（同居している人）				
あなたの身長と体重	身長	cm	体重	kg	BMI（体重÷身長×身長）
前回の妊娠出産について	・順調				
	・注意すべきことがあった（理由）				
あなた自身の出生について	出生体重（ g）		週数（ 週）	血液型	型
あなたが現在治療している病気について	・なし・あり（病名）				
アレルギーはありますか	・なし・あり（内容）				
ご家族（両親兄弟含む）の病気について	・なし・あり（病名）				
不妊・不育治療について	・なし・あり（病院名）				
月経は順調でしたか？	・順調				
	・不順（最終月経 年 月 日～）				
つわりについて	・とてもつらい				
	・つらい				
	・時々つらい				
	・いつもどおり				
現在たばこを吸っていますか	・吸っていない				
	・妊娠を機にやめた				
	・吸っている（1日 本）				
夫（パートナー）のたばこについて	・吸っていない				
	・妊娠を機にやめた				
	・吸っている（1日 本）				
現在飲酒をしていますか	・飲まない				
	・妊娠を機にやめた				
	・飲んでいる（1日 合）				
食生活について	・3食食べている				
	・欠食が多い				
	・間食をよくする				
妊娠がわかった時の気持ち	・とてもうれしかった				
	・予想外で驚いたがうれしかった				
	・戸惑った				
	・特に何も思わなかった				
	・困った				
	・その他（ ）				
睡眠や休息は十分にとれていますか	・とれている				
	・まあまあとれている				
	・とれていない				
今まで心理的・精神的な問題で、医師に相談したことはありますか	・ない				
	・ある（病院名 いつ頃 内服あり・なし）				
ここ1年間うつ状態が続いたことがありましたか	・ない				
	・あった（症状）				
妊娠や出産のことで相談できる人はいますか	・いる（どなた）				
	・いない				
現在、お困りのことや心配なことがありますか	・あなたの健康について				
	・おなかの赤ちゃんについて				
	・仕事のこと				
	・上の子のこと				
	・夫（パートナー）のこと				
	・家族（祖父母）のこと				
	・経済的なこと				
	・その他（ ）				
必要時病院や関係機関への情報提供を行う事について	・同意します				
	・同意しません				

いただいた個人情報は、町で管理し、保健事業業務以外で使用することはありません。