

妊娠届出書

No. _____

春日市長宛 下記のとおり、届出いたします。

交付： 本人 夫 父母 その他

春日市では、お母さんと赤ちゃんが安心して生活することができるように、必要に応じて保健師・助産師等が妊娠中からサポートいたします。お手数ですが、下記のアンケートに妊婦ご本人がお答えください。なお、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援のために、市から関係機関（医療機関や里帰り先の市町村、転出先の市町村等）に対し必要な情報を提供することに同意しますか。同意いただける場合は次の欄に署名してください。

令和 年 月 日

御署名欄

妊婦氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日	年齢	歳	職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
夫/パートナー氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日	年齢	歳	職業	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
住所	春日市	連絡先	携帯:		-	-	家族の携帯 () - -
診断を受けた医療機関		妊娠週数	週			特記事項	<input type="checkbox"/> 多胎 (胎) <input type="checkbox"/> 外国語版
		分娩予定日	年 月 日				
出産予定医療機関	<input type="checkbox"/> 上記医療機関 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 県外での里帰り出産 (県)						

●家族構成についてご記入ください。				●婚姻していますか。 はい・いいえ → 予定(無・有 月頃)			
家族構成	続柄	年齢	職業	同居	住所(市外は市町村名)	お子さんの状況・成育歴	
	夫/パートナー		有・無	有・無	市内・市外()	出生順	年齢
	義父		有・無	有・無	市内・市外()	第1子	歳
	義母		有・無	有・無	市内・市外()	第2子	歳
	実父		有・無	有・無	市内・市外()	第3子	歳
	実母		有・無	有・無	市内・市外()	第4子	歳
●妊娠前のBMIはいくつですか。 BMI () BMIがわからないときは 妊娠前の身長 () cm () kg				●今回の妊娠・出産について			
●生活習慣について、おたずねします。 ①喫煙習慣はありますか。 無・有 (本/日) ②飲酒習慣はありますか。 無・有 (日/週) ③薬の服用はありますか。 無・有 () ④朝食習慣はありますか。 有・無				① 妊娠がわかったときの気持ちはいかがでしたか。 一番近いものに○を付けてください。 1 とてもうれしかった 2 予想外で驚いたがうれしかった 3 予想外で戸惑った 4 困った 5 特に何も思わなかった			
●今までに次の病気にかかったことがありますか。 無・有 心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病 甲状腺疾患・その他()				② 産後に協力してくれる人がいますか。 はい() ・ いいえ			
●家族で次の病気にかかったことがありますか。 心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病 続柄(父・母・兄弟姉妹・祖父・祖母)				③ 産後里帰りの予定はありますか。 はい(約 か月間: 市・町・村) ・ いいえ			
●今までに精神的なことで、カウンセラーや精神科・心療内科などに相談したことがありますか。 無・有 (歳の頃 症状: 服薬治療: 無・有)				●家庭のことについて			
●不妊治療を受けたことがありますか。 無・有 (歳の頃 人工授精・体外受精・顕微授精)				① 夫に何でも打ち明けることができますか。 はい ・ いいえ			
●妊娠回数は今回で何回目ですか。 初・(回目)				② 実母に何でも打ち明けることができますか。 はい ・ いいえ ・ 実母がいない			
●出産回数は何回ありますか。 無・有()回				③ 夫や実母のほかにも相談できる人がいますか。 はい ・ いいえ			
●今までの妊娠・出産の経過で次の症状がありましたか。 無・有(多胎・妊娠高血圧・妊娠糖尿病・貧血・早産)				④ 経済的な不安はありますか。 いいえ ・ はい			
●今回おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、医師から何か指摘されていることがありますか。 いいえ・はい()				⑤ 現在お子さんがいる人にお尋ねします。 お子さんに慢性的な疾患等がありますか。 いいえ ・ はい()			
●今までに流産や死産を経験したり、お子さんを亡くされたことがありますか。 いいえ・はい(頃)				●現在、心配なこと・不安なことがありますか。 いいえ・はい ()			

確認項目	保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 無保険	本人確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> カードなし <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> パスポート	個人番号
担当者	P	確認	<input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> システム	案内事項	<input type="checkbox"/> 産前・産後サポート 登録有・無 <input type="checkbox"/> 産後ケア 登録有・無

母子健康手帳の交付について

春日市では、妊娠中からの切れ目ない支援のために、母子保健コーディネーター(保健師)による個別面談にて母子健康手帳の交付を実施しています。交付の際は、新型コロナウイルス感染対策として、来所前に検温し、体調不良等がないかご確認ください。体調不良の場合は日程の変更をお願いします。

完全予約制となっていますので、必ず事前にご都合がつく日時の予約をお願いします。

交付可能日：平日の9時00分～16時00分までの間で30分毎

(ただし、祝日、年末年始、乳幼児健診実施日等を除く)

予約方法：1. LINEでの予約 (24時間予約受付)

春日市のアカウントの「子育てメニュー」から「出生前」を選択し、「妊娠届・母子健康手帳」から予約する

2. 電話での予約 (平日:8:30から17:00まで予約受付) 電話:092-584-1015

電話にて、氏名、生年月日、電話番号、希望する日時、代理の場合は代理の方の続柄を伝える

内容：母子健康手帳と妊婦健康診査受診券・産婦健康診査受診券・新生児聴覚検査受診券の交付
妊娠中からのサービス等の利用説明、出生後の手続き等のご案内、赤ちゃん訪問についてのご案内
保健師による健康相談

手続きに：1. 妊娠届出書

必要なもの 2. 本人確認のために必要なもの

(1) 妊婦さん本人が手続きされる場合(①または②)

①個人番号の通知カードまたはその写しと 運転免許証またはパスポート等

②個人番号の番号カード(顔写真付ICカード)またはその写し

(2) 代理の方が手続きされる場合(①、②、③をそろえて)

①妊婦さんの個人番号の通知カードまたはその写し、

個人番号の番号カード(顔写真付ICカード)またはその写し

②代理の方の本人確認の書類(運転免許証またはパスポート等)

③下記の委任状の項目にご記入ください。

※代理の方が交付申請する場合は、**委任状**が必要になります。

事前に妊婦さん本人が妊娠届出書と、委任状の項目に記入し、申請時にご持参ください。

※後日、妊婦さん本人へ、届出書の内容と健康相談のための電話をさせていただきます。

交付場所：**春日市いきいきプラザ1階 子育て支援課窓口 (春日市昇町1-120)**

問合せ先：春日市福祉支援部子育て支援課 TEL 092-584-1015 FAX 092-501-0051



市民の約2人に1人が
友だち登録中。
「便利」と大好評の
LINEアカウントです。



LINEで
「春日市」を
友だち追加

ID: @kasuga_fukuoka

委任状

令和 年 月 日

春日市長宛

委任者 住 所：
氏 名：
電話番号：

私は、下記の者を代理人と定め、母子健康手帳の受領の権限を委任いたします。

記

代理人 住 所：
氏 名：
(続柄：)
生年月日： 年 月 日