

飯塚市長 殿

年 月 日届出

妊婦氏名 (住民票に記載している氏名)	個人番号	保険区分	身長	体重(非妊時)	BMI
		国 健 共 生 他 保 保 済 保 ()		kg	
	生年月日	職業		体重(現在)	
	S H 年 月 日 歳		cm	kg	※保健師記入
居住地(住民票がある住所) ※部屋番号まで記載	夫・パートナーの氏名	電話番号			
飯塚市		① - -		自宅・携帯(続柄: 勤務先・その他()	
		② - -		自宅・携帯(続柄: 勤務先・その他()	
妊娠週数	出産予定日	妊娠の診断を受けた医療機関名	出産予定の医療機関名		
週	年 月 日		□左記の医療機関 □未定		

～妊婦さんにお尋ねします～

赤ちゃん訪問や健診、教室、予防接種などの事業を通じ、お母さんと赤ちゃんが安心して生活できるようにお手伝いしています。よりよいサポートのために、下記のアンケートにご協力ください。なお、今後妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援のため市から関係機関(庁内関係課・医療機関・転出入先の市町村)に対し必要な情報を提供することに同意いただける場合は下記の欄にご署名ください。

ご署名欄

妊娠時アンケート ※下記の太枠内をご記入ください。

今までの健康状況	① 現在、治療中の病気がありますか？ いいえ ・ はい () → 内服薬: 無 ・ 有 ()	現在の家族構成 (妊婦さんからみた続柄)		
	② 今までに大きな病気をしたことがありますか？ いいえ ・ はい (心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病・貧血・その他:)	続柄	年齢	氏名
	③ 今までに精神的なことで、カウンセラーや心療内科、精神科に相談したことがありますか？ いいえ ・ はい ()	例) 夫	35	筑豊 太郎
	④ 今までに入院をしたことがありますか？ いいえ ・ はい (いつ / 診断名)			
生活習慣	① 喫煙習慣 無 ・ 有 (1日 本)	家族歴	血のつながった家族(実父母・祖父母・兄弟姉妹) で次の病気の方はいますか？	
	② 飲酒の習慣 無 ・ 有 (1日どのくらい)		無 ・ 有	糖尿病 (どなたが)
	③ 食事の回数 (1日 回)			高血圧 (どなたが)
妊娠出産状況	① 今回の妊娠は何回目ですか？ 初 ・ ()回目			
	② 今まで、出産は何回されましたか？ ()回			
	③ 以前の妊娠・出産に関して、下記のようなことがありましたか？ 帝王切開 貧血 流産 早産 死産 人工妊娠中絶 尿蛋白 尿糖 浮腫 つわり 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 妊娠糖尿病 その他()			
生活環境	① 産後に協力してくれる人はいますか？ はい(夫・実父母・義父母・その他:) ・ いいえ → 妊婦実家: 県 市 / 夫実家: 県 市			
	② 出産前後に、里帰りする予定はありますか？ はい(産前 週～産後 週予定) ・ 検討中 ・ いいえ			
	③ 生活が苦しかったり、経済的に不安がありますか？ はい ・ いいえ			
	④ 妊娠を届出された市町村に何年お住まいですか？ 年 月 / 転居予定: 無 ・ 有			
	⑤ 困った時に相談する人はいますか？ はい(夫・実父母・義父母・その他:) ・ いいえ			
妊娠がわかったときの気持ちで、一番近い気持ちに○をつけてください				
①とても嬉しかった ②予想外で驚いたが嬉しかった ③予想外でとまどった ④困った ⑤特に何とも思わなかった				
現在、お困りや心配なことがあれば、○をつけてください				
①ご自身の健康面 ②お腹の赤ちゃんのこと ③仕事のこと				
④ご家族のこと(夫・実父母・義父母・上のこども・その他:) ⑤その他:				
→上記の該当することについて、具体的に教えてください()				

ご協力ありがとうございました。

今後、安心して妊娠中を過ごしたり、出産・育児を迎えるために電話等で状況をお伺いすることがあります。

出産応援ギフト申請 面談者

説明済 ・ 未

※保健師記入

委任状

飯塚市長 殿

年 月 日

委任者（妊婦本人）

住 所

氏 名

印

私は、妊娠の届け出および親子健康手帳（母子健康手帳）等妊娠届出面談時
交付物の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

受任者（代理人）

住 所

氏 名

印

続 柄
(妊婦本人との関係)

連絡先

- -

本人確認欄(窓口担当者記入)

マイナンバー確認書類	身元確認書類
個 通 住 証 コ ネ	1点：免 パ 障 住B 個 ケ その他 2点：保 年 証 学 住A 医 E Z K KT SF SB その他