

妊娠届出書

Pregnancy Application Form

記入又は該当するものに丸を付けてください。 Please fill out or circle the appropriate choice.

個人番号 Individual Number																		種別 New or	新規申請 New or	転入による再届 Re-application
(ふりがな)													生年月日 Date of Birth	年齢 Age	職業 Occupation					
妊婦氏名 Name of Pregnant woman													年 月 日 /Y /M /D							
(ふりがな)													妊婦との関係 Relationship							
届出者 Applicant																				
妊婦の居住地 Current Address	荒川区 (南千住・荒川・町屋・東尾久・西尾久・東日暮里・西日暮里) Arakawa-City (Minami-Senju/Arakawa/Machiya/Higashi-Ogu/Nishi-Ogu/Higashi-Nippori/Nishi-Nippori)												電話番号 Phone Number							
	丁目 番 号												(妊婦の連絡先)							
妊婦の健診などの情報 Pregnancy Information	妊娠週数 Week of Pregnancy	満 週 Weeks			性病に関する健康診断の有無 STD Checkup	有 Yes	無 No													
	分娩予定日 Expected Delivery Date	年 月 日 /Y /M /D			結核に関する健康診断の有無 Tuberculosis test	有 Yes	無 No													
	診断又は保健指導を受けた医療機関名: Name of Medical Institution																			
	所在地: Address																			
	医師又は助産師名: Name of the Doctor or midwife																			
上記のとおり届け出ます。 I hereby notify as above.																				
荒川区長殿 To the Mayor of Arakawa city																				

※ 裏面にアンケートがあります。ご協力お願いいたします。



受領証

Receipt

母子健康手帳、妊婦健康診査受診票、妊婦超音波検査受診票、妊婦子宮頸がん健診受診票、新生児聴覚検査受診票等一式を受領しました。
I received a mother-child handbook and other documents.

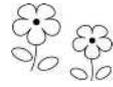
年 月 日 受領者署名
/Y /M /D Recipient Signature

事務取扱欄	受付	確認事項	住基	手帳交付	收受印スキャン	収納	收受起案	入力	母子システムスキャン	ゆりかご
		予定日 or 心拍 <input type="checkbox"/> 裏面アンケート	宛名番号 住基確認済・転入手続中 前住所 都内・都外	<input type="checkbox"/> 内容物確認 <input type="checkbox"/> 受領証サイン						
番号確認書類				通知カード <input type="checkbox"/>	個人番号カード <input type="checkbox"/>	住民票 <input type="checkbox"/>	その他 () <input type="checkbox"/>			
本人確認書類				運転免許証 <input type="checkbox"/>	個人番号カード <input type="checkbox"/>	パスポート <input type="checkbox"/>	その他 () <input type="checkbox"/>			



アンケート

荒川区では、皆さまが安心して子育てしていけるよう、妊娠中から支援をしていきたいと考えています。
 差しつかえない範囲で、アンケートのご協力をお願いいたします。
 この情報は、こども家庭センターで管理し、出産・子育て支援以外の目的では使用しません。



西暦 年 月 日

同意者署名 (生年月日 西暦 年 月 日)

当てはまるものに丸〇 または、空欄にご記入ください。

質問		回答記入欄	
1	子の父について	氏名	
		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
		職業	電話番号
		既婚・未婚入籍予定あり・未婚入籍予定なし / 同居・別居	
2	分娩歴	初産婦・経産婦 → ___回	
3	流早産の経験	なし・あり → 流産 ___回 / 死産 ___回 / 中絶 ___回	
4	今回の妊娠について	自然妊娠・治療をして妊娠(不妊治療)・多胎(双子以上の妊娠)	
5	妊娠がわかって お気持ちはいかがですか	うれしい・予想外で戸惑いがある・不安が大きい・困っている 妊娠の継続を迷っている・その他 ()	
6	ここ2週間の体調	よい・つわりがひどい・食欲がない・疲れやすい・気分がしずむ いらいらする・涙ぐみやすい・何もやる気がしない・眠れない その他 ()	
7	現在たばこを吸いますか	はい → ___本/日 ___ /年 ・妊娠してやめた・いいえ	
8	現在お酒を飲みますか	はい → ___回/週 ・妊娠してやめた・いいえ	
9	今までかかった病気や 現在、治療中の病気	なし・心臓病・高血圧症・腎臓病・肝臓病・糖尿病 甲状腺疾患・その他 ()	
10	こころの問題で相談した ことがありますか *心療内科、精神科、 カウンセリング等の相談	本人	①なし ②以前治療した 症状 _____ (___歳 ~ ___歳頃) ③現在治療中 症状 _____ (___歳頃から)
		子の父	①なし ②以前治療した 症状 _____ (___歳 ~ ___歳頃) ③現在治療中 症状 _____ (___歳頃から)
11	妊娠中や産後に 気がかりなこと、 悩んでいることはありますか	特になし・生活費に困っている・子の父との関係(話し合いがむずかしい等) 家族との関係・自分や家族の病気・上の子のこと・仕事のこと その他 ()	
12	子の父が悩んでいる様子はあ りますか	特になし・家族との関係・自分や家族の病気・上の子のこと・仕事のこと その他 ()	
13	現在悩みを相談できる人	子の父・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・友人 その他 () ・誰もいない	
14	出産前後に家事や育児を一 緒に行う人	子の父・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・友人 その他 () ・誰もいない	
15	健康保険の加入状況 *社会保険、国民健康保険	健康保険に加入している・健康保険に加入していない	
16	里帰り出産の予定	①予定あり (_____都・道・府・県 _____市・区・町・村) ②予定なし ③検討中	
17	転居の予定	①予定あり 時期(西暦 _____年 _____月頃) / 転居先(区内・区外・未定) ②予定なし	