# 妊 婦 転 入 届 出 書

妊婦マイナンバー（個人番号）記載欄

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

第7号様式（第3条関係）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 年齢 | 職業 |
| 妊婦の氏名 | □既婚　□未婚（婚姻予定　あり・なし） | 年　月　日 | | |
| | | 外国人の方　日本語が（できる・できない） | | |
| 住所 | 立川市 | 電話 | （　　） | |
| | | 携帯(妊婦) | （　　） | |
| メールアドレス | ≪ パソコン・携帯・その他（　　）≫ | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年齢 | 職業 |
| 夫(パートナー)氏名 | | 年　月　日 | | |
| 出産予定日 | 年　月　日 | 妊娠週数 | 満（　　）週 | |
| 妊娠回数 | 初めて・今回で（　　）回目 | | | |
| これまでの妊娠出産歴 | 出産（　　）回・自然流産（　　）回・人工流産（　　）回・死産（　　）回 | | | |
| 医師又は助産師の診断 | □受けた | □単胎 | 初診年月日 | 施設名 |
| | □受けていない | □多胎（　　胎） | 年　月　日 | |
| | 性病に関する健康診断（血液検査）□受けた □受けていない | | 結核に関する健康診断（胸部レントゲン検査）□受けた □受けていない | |

上記のとおり届け出ます。　　年　月　日

≪あて先≫　立川市長　殿

届出人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（代理の場合　妊婦との続柄　　）

～・～・～　立川市では、妊娠中からお母さんと赤ちゃんが安心して生活できるよう、サポートを行っています。～・～・～
次のアンケートにご協力ください。（代理の方は、分かる範囲で記入してください。）
記入していただいた内容は、個人情報等として扱い、プライバシーを保護します。

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 同居のご家族に○をつけてください。 | 夫・パートナー・子ども（　人）・実母・実父・義母・義父・その他（　　）・なし |
| 2 | 妊娠がわかった時は、どんなお気持ちでしたか？ | ① うれしかった　② 予想外だったがうれしかった　③ 予想外で驚き戸惑った<br>④ 困った　⑤ 特に何とも思わなかった<br>⑥ その他（　　） |
| 3 | 妊娠中又は出産後、相談できる人は、いますか？ | ① はい（夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・友人）<br>② いいえ |
| 4 | 妊娠中又は出産後、手伝ってくれる人は、いますか？ | ① はい（夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・友人）<br>② いいえ |
| 5 | 現在の体調は、いかがですか？ | ① よい　② ふつう　③ 悪い（　　） |
| 6 | 現在タバコを吸いますか？ | ① はい（　本／日）→ やめようと思っている ・ やめるつもりはない<br>② いいえ　③ 妊娠を機にやめた　④ 同居の家族が吸っている |
| 7 | 現在お酒を飲みますか？ | ① はい（　回／週）→ やめようと思っている ・ やめるつもりはない<br>② いいえ　③ 妊娠を機にやめた |
| 8 | 今までにかかった病気又は現在治療中の病気は、ありますか？ | ① なし<br>② あり →　心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・ぜん息・その他（　　）<br>発症：　歳頃　状況：治癒・経過観察中・治療中 |
| 9 | 現在のこころの調子はいかがですか？ | ① よい　② ふつう　③ 悪い（　　） |
| 10 | ここ1年間に、次のような状態が2週間以上続いたことがありますか？ | ① なし<br>② 不眠　③ イライラする　④ 涙ぐみやすい　⑤ 何もやる気がしない　⑥ 食欲不振 |
| 11 | 今までに精神的なことで、カウンセラー、心療内科、精神科等に相談したことがありますか？ | ① なし<br>② あり →　現在・過去（　歳～　歳・　年前）<br>病名：　医療機関名： |
| 12 | 現在困っていること、悩んでいること又は不安なことがありますか？ | ① なし<br>② あり →　㋐ 妊娠・出産について　㋑ 経済的なこと　㋒ 自分の身体のこと<br>㋓ 夫婦（パートナー）関係のこと　㋔ 家族関係のこと<br>㋕ 育児の仕方　㋖ その他（　　） |
| 13 | 前住居地にて育児パッケージ（カタログ等）の交付をされましたか？ | ① なし<br>② あり →　（　区・市・町・村　品名：　） |

～ご協力ありがとうございました～　妊娠届出書の情報から、保健師・助産師が保健サービスの案内をすることがあります。

問い合わせ先：立川市福祉保健部健康推進課　TEL：042-527-3234

＜担当記載欄＞

受付者（　　）　保・助（　　）

□住基確認　□妊婦健康診査受診票交付申請書（第5号様式）　□妊婦面接案内

※受付窓口 … □健康推進課　□市民課　□子ども家庭支援センター　□窓口サービスセンター　□東部連絡所　□西部連絡所　□富士見連絡所

※裏面に本人確認の方法のチェック欄有

本人確認の方法

| | | |
|---|---|---|
| 身元確認 | 1点 | □個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書<br>□旅券（パスポート）　□身体障害者手帳<br>□精神障害者保健福祉手帳　□療育手帳（愛の手帳）<br>□在留カード　□特別永住者証明書 |
| | 2点 | □健康保険の被保険者証　□介護保険被保険者証　□年金証書（手帳）<br>□児童扶養手当証書　□特別児童扶養手当証書 |
| 個人番号の確認 | | □個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し<br>□住民基本台帳等による確認　□その他（　　） |