

個人番号

交付番号

(担当：)

妊 娠 届 出 書

後日、吹田市から様子をお伺いする場合があります。ご了承ください。
ご記入いただいた内容は、母子保健事業、及び子育て支援事業（乳児家庭全戸訪問事業）に使用することがあります。

ふりがな		生年月日	年齢	職業
妊婦氏名		年 月 日		
居住地	吹田市	妊婦の連絡先	① — — ② — —	
分娩予定日	年 月 日	妊娠週数	週	
妊娠の診断を受けた医療機関名		医師名		
胎児心拍確認日 (医療機関受診日)	年 月 日	心拍確認できた胎児数	() 人	
今回の妊娠は多胎妊娠とされていますか	☐ いいえ ☐ はい (双胎 ・ 品胎以上)			
1年以内に受けた検査 (☑してください)	☐ 性感染症に関する検査 (血液検査) ☐ 肺結核に関する検査 (胸部エックス線等)			
上記のとおり届出するにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。 年 月 日 吹田市長あて 届出者氏名 ☐ 代理人 (続柄)				

代理申請の場合は、後日、助産師または保健師から妊婦ご本人に連絡いたします。
妊娠届出時に個人番号の記入と本人確認が必要です。窓口の場合は、確認書類等を持参のうえ、所定用紙にご記入ください。
個人番号確認書類等をお持ちでない場合は、以下に☑を付けてください。
吹田市長が個人番号の閲覧、記載等を行うことに ☐ 同意します。
市民非課税世帯または、生活保護世帯に該当しますか。 ☐ はい
(初回産科受診料助成が受けられる場合があります。)

<担当者記入欄> 1 妊婦本人→①、②の2項目の確認

① 個人番号確認	② 本人確認 (①が通知カード、住民票の場合のみ記入)	
☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ 職権記載	A (顔写真付きのもの) いずれか1点 ☐ 住民基本台帳カード(写真付き) ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 ()	B (「氏名・生年月日」または「氏名・住所」が記載された書類) いずれか2点 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 身分証明書(写真なし) ☐ 資格証明書(写真なし) ☐ 公共料金の領収書 ☐ 印鑑登録証明書 ☐ 納税証明書 ☐ 源泉徴収票 ☐ その他 ()

2 代理人→①、②、③の3項目の確認

① 妊婦個人番号確認	② 委任状	③ 代理人身元確認書類 (①が通知カード、住民票の場合のみ記入)	
☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ 職権記載	☐	A (顔写真付きのもの) いずれか1点 ☐ マイナンバーカード ☐ 住民基本台帳カード(写真付き) ☐ 運転経歴証明書(平成24年4月1日以降のものに限る) ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 ()	B (「氏名・生年月日」または「氏名・住所」が記載された書類) いずれか2点 ☐ 健康保険被保険者証 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 医療受給者証 ☐ その他 ()

マイナンバー ☐有 ☐無 入力 ☐ 外国語版 ☐ ()

妊娠・子育て支援のためのアンケート

吹田市では、安心して出産・子育てをしていただくために、妊娠中から出産後まで切れ目なくサポートを行っています。その際にこのアンケートを活用させていただきますので、差支えない範囲でご記入ください。後日、助産師・保健師から様子をお伺いする場合もありますので、ご了承ください。

同居家族 氏名	続柄	年齢	職業・所属園等	備考
	妊婦本人	歳		
	夫・パートナー	歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

緊急連絡先をご記入ください（妊婦ご本人が18歳未満の場合必ずご記入ください）。

氏名	年齢	住所	連絡先（ ）
	歳		—

1	今回の妊娠は順調ですか	☐ はい ☐ いいえ（内容： ）
2	今までの妊娠・出産は順調でしたか	☐ はい ☐ いいえ（内容： ） ☐ 今回が初めての妊娠
3	妊婦健診の受診及び出産する医療機関は決まっていますか	☐ はい ☐ 未定 妊婦健診受診医療機関名：（ ） 出産する医療機関名： ☐ 同上 ☐ 上記以外（ ）
4	妊婦さんの今の気持ちはいかがですか	☐ うれしい ☐ 複雑な気持ち ☐ 困った ☐ 不安 （理由： ）
5	婚姻していますか	☐ はい ☐ 入籍予定あり（ 年 月頃） ☐ 入籍予定なし
6	転居の予定がありますか	☐ いいえ ☐ はい（ 年 月頃） へ転居予定
7	育児協力者はいますか	☐ はい（夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・その他 ） ☐ いいえ
8	里帰り出産の予定がありますか	☐ いいえ ☐ はい 里帰り先（ ） ☐ 未定
9	今までに身体やこころの不調で、治療されたことや相談したことはありますか	☐ いいえ ☐ はい こころの不調（疾患名： ） 甲状腺疾患・心臓病・高血圧・糖尿病・婦人科系疾患 その他（ ） ☐ 完治 ☐ 治療中 ☐ カウンセリング経験有
10	この1年間に2週間以上続く、眠りにくい、イライラする、涙ぐみやすい、やる気がしない等の症状がありましたか	☐ いいえ ☐ はい（内容： ）
11	現在、たばこを吸いますか	☐ いいえ ☐ 妊娠してやめた（吸っていた本数 本/日） ☐ はい（ 本/日）
12	同居の方はたばこを吸いますか	☐ いいえ ☐ はい（夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・その他 ）
13	現在、アルコールを飲みますか	☐ いいえ ☐ はい
14	経済的な不安はありますか	☐ いいえ ☐ はい（内容： ）
15	何か相談したいことはありますか	自分の身体のこと・夫（パートナー）との関係・上の子どもの育児 家庭関係・協力者・仕事との両立・薬 その他 ※保育園に関する内容は、保育幼稚園室へお問い合わせください。