

妊 娠 届		平成 年 月 日	
母子保健法第 15 条の規定により下記のとおり届け出ます。			
浜田市長 殿			
(住 所) 浜田市 町		番地 (町内)	
(妊婦氏名)		(生年月日) 年 月 日(歳)	
(職 業)		(電話番号)	
妊娠月数	か月(第 週)	出産予定日	平成 年 月 日
診断を受けた病院	ア江木産婦人科 イ中山産婦人科 ウ浜田医療センター エその他()		
今回の妊娠で言われたことがあれば をつけてください	・重度のつわり ・流産早産のおそれ ・貧血 ・妊娠中毒症 ・体重増加注意 ・合併症 ・その他()		
今までの出産経験	ア ない イ ある		
前回までの妊娠・出産の状況	・流産早産 ・妊娠中毒症 ・頸管無力症 ・帝王切開 ・前置胎盤 ・その他()		
結核に関する健診(胸部レントゲン)を過去 1 年以内に受けましたか。	ア はい イ いいえ		
性病に関する検査(血液検査等)を過去 1 年以内に受けましたか。	ア はい イ いいえ		
次の病気にかかったことがありますか(治療中も含む)	高血圧 慢性腎炎 糖尿病 肝炎 心臓病 甲状腺の病気 その他()		
たばこを吸いますか	ア いいえ イ はい ウやめた 工周りに吸う人がいる(家族・職場・その他)	現在酒類を飲みますか	ア いいえ イ はい
里帰り出産をされる予定ですか	ア いいえ イ はい { 市内 ・ 市外 (県内 ・ 県外) } ウ未定		
保険種別	ア国民健康保険 イ職場の健康保険 ウその他()		
その他	今後、安心して妊娠中を過ごしたり、出産・育児していただくために電話で状況を聞くことがありますか、了解していただけますか？ はい ・ いいえ		
母子健康手帳を受領しました。			
平成 年 月 日 氏名(自署)			

下記は妊娠・出産・育児について役立つ支援をさせていただくためのアンケートです。ご協力をお願いします。(秘密は厳守いたします)

今回の妊娠についてどう思いますか			
1 うれしい 2 ややうれしい 3 どちらともいえない 4 ややうれしくない 5 うれしくない			
生れた後赤ちゃんとの生活を楽しめると思えますか			
1 思う 2 やや思う 3 どちらともいえない 4 やや思わない 5 思わない			
あなたが悩んでいるときに相談のしてくれる人や機関がありますか			
1 パートナー 2 友人 3 実家 4 近所の人 5 産科の病院 6 電話相談 7 保健師 8 インターネット 9 その他 10 誰もいない			
今心配なことに をつけてください			
1 出産 2 お腹の子どものこと 3 上の子の育児 4 ご自身の健康面(食事・運動・睡眠・薬・その他) 5 パートナーとの関係 6 あなたやパートナーの父母のこと 7 経済的 8 隣近所、親戚との付き合い 9 仕事 10 その他()			
家事育児等に対するパートナーの協力 1 十分ある 2 時々ある 3 あまりない 4 全くなし 5 パートナー不在			
今の子どもについてどうですか 1 かわいい 2 かわいくない 3 ときどきうるさい			
パートナーと上の子どものことを 1 よく話合う 2 時々話合う 3 あまり話さない 4 全く話さない			
パートナーとお腹の子どものことを 1 よく話合う 2 時々話合う 3 あまり話さない 4 全く話さない			
よろしければあなた自身の子どもの頃についてお聞かせください			
・あなたの父母 1 やさしかった 2 こわかった 3 厳しかった 4 あまり一緒に遊ぶことはなかった 5 幼い頃に父母がなくなった又は離れて暮らした			
・子どもの頃 1 兄弟姉妹と一緒によく遊んだ 2 子守りをした 3 友達とよく遊んだ 4 ままごと遊びをよくした 5 人形遊びをよくした			
係員記入欄	手帳番号	第 号	受付日 平成 年 月 日
	双胎 再発行 外国語版 (該当する場合は を)		係員

妊婦・乳児状況記録票

氏名 ()

出産予定日 (年 月 日)

平成 年 月 日

()

平成 年 月 日

()

平成 年 月 日

()