

湯河原町では、皆さまが安心して子育てをしていただけるよう、妊娠期から支援をしていきたいと考えています。そのため、より詳しくお答えいただいています。
なお、ご記入していただいた内容は、個人情報として取り扱い、プライバシーを保護します。
この妊娠届出書は、湯河原町の母子保健以外の目的では使用しません。

母子健康手帳交付番号										妊娠届出日 令和 年 月 日										
マイナンバー										赤ちゃんの父親（二重線内）										
妊婦さん	ふりがな										ふりがな									
	氏 名										氏 名									
	生年月日					S・H 年 月 日 歳					生年月日					S・H 年 月 日 歳				
	今お仕事をしていますか？ はい ・ いいえ										今お仕事をしていますか？ はい ・ いいえ									
	はいの方 正社員・自営業・その他()										はいの方 正社員・自営業・その他()									
	勤務時間										勤務時間									
	休み ()日/週 ()曜日・不定休										休み ()日/週 ()曜日・不定休									
	勤め先・仕事の内容：具体的に										勤め先・仕事の内容：具体的に									
	産休 ・ 育休 等今後の予定										産休 ・ 育休 等今後の予定									
	立ち仕事 ・ 事務仕事 ・ その他()										立ち仕事 ・ 事務仕事 ・ その他()									
妊娠等の状況	結婚回数		初婚 ・ 再婚 () 回目								初婚 ・ 再婚 () 回目		携帯TEL							
			未婚(婚姻予定 あり ・ なし)										未婚(婚姻予定 あり ・ なし)							
													※ 緊急時に連絡することがあります。							
	住所		湯河原町								住所		左に同じ							
	住民票		湯河原町に あり ・ なし								住民票		湯河原町に あり ・ なし							
	携帯TEL		- -								携帯TEL		県内・県外(県 市・町)							
	緊急連絡先 (続柄：)		- -								緊急連絡先		診断を受けた病院名 医師名 健診を受ける病院名							
	妊娠週数		妊娠第 週(第 月)								妊娠週数		出産予定病院 県内・県外(県 市・町)							
	出産予定日		R. 年 月 日								心拍確認日		R. 年 月 日							
	入籍年月		H・R 年 月																	
※ 妊娠週数が12週以降の方にお尋ねします。 妊娠届出書が今日になった理由は…										1.時間がなかった 4.体調が悪かった 2.出産するか迷っていた 5.病院に行くお金がなかった 3.妊娠に気づいていなかった 6.その他										
妊娠()回目					出産()回					中絶()回()週					死産()回()週					
流産()回()週																				
1. 今回の妊娠で不妊治療または不育治療をしましたか。										1. していない 2. 不妊治療をした 治療内容() 3. 不育治療をした(治療中含む) 治療内容()										
2. 今回の妊娠を知った時のあなたの気持ちを教えてください。(複数回答可)										1. 嬉しかった 2. 予想外で驚き戸惑った 3. 特に何とも思わなかった 4. 予想外で驚いたが嬉しかった 5. 困った 6. その他()										
3. 今回の妊娠を知った時の夫(パートナー)の様子を教えてください。(複数回答可)										1. 嬉しそうだった 4. 驚いていた 2. 戸惑っていた 5. 反応がなかった 3. わからない 6. その他()										
4. あなたは、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。										1. ある 2. なんとなくある 3. あまりない 4. ない										

生活習慣	1. あなたの喫煙	吸わない	・	妊娠を機にやめた	・	吸っている (	本/日)
	2. 同居人の喫煙	なし	・	あり (どなた:	・	本/日)	
	3. 飲酒	飲まない	・	妊娠を機にやめた	・	飲む (量	/日)
	4. 薬の服用	なし	・	あり (		)	
	5. 現在の体調はいかがですか。	よい ・ どちらともいえない ・ 悪い()					
	6. 今までに大きな病気や治療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()]					
	7. 今までに、カウンセリングや心療内科、精神科などを受診したことがありますか。	いいえ ・ はい					
	8. 自分の親や兄弟に糖尿病や高血圧の人はいますか。	いいえ ・ はい 高血圧(どなた:) ・ 糖尿病(どなた:)					
	9. 夫またはパートナーは、今までに大きな病気や治療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()]					
	10. 夫またはパートナーは、今までに、カウンセリングや心療内科、精神科などを受診したことがありますか。	いいえ ・ はい					
育児支援アンケート	1. 困った時に相談する人はどなたですか。	・ 夫 ・ パートナー ・ 友人 ・ 実母 ・ 実父 ・ きょうだい ・ 義母 ・ 義父 ・ 義きょうだい ・ その他 ()					
	2. 出産後に手伝ってくれる人はいますか。	はい (どなた:) いいえ					
	3. 生活が苦しかったり、経済的な不安があったりしますか。	はい いいえ					
	4. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか。	はい いいえ					
	5. 夫・パートナーとの関係であてはまるものがあれば○をつけて下さい。	1. 精神的暴力や言葉の暴力 無視する、口汚くののしる、おどす、恥をかかせる など 2. 身体的暴力 殴る、蹴る、平手でうつ、物を投げる、首を絞める など 3. 経済的暴力 生活費を渡さない、外で働くことを禁ずる、金銭的な自由を与えない など 4. 社会的暴力 人間関係・行動を監視する、実家や友人とのつきあいを制限する など 5. 性的暴力 セックスの強要、避妊に協力しない、ポルノを無理やりみせる など					
現在、気がかりなこと・話してみたいことをご記入ください。							
この情報は、関係機関（医療機関・各種行政機関等）へ情報提供することを同意し、届け出します。							
湯河原町長様 令和 年 月 日 届出者氏名 _____							
※ こちらは記入しないでください。 受け取りサイン							
☐ 妊婦健康診査費用補助券							
							担当者
							面談者