

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( )									
	勤め先・仕事の内容：具体的に										勤め先・仕事の内容：具体的に									
	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									
	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( )									
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)										※ 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								
												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								
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。										1.時間がなかった										
妊娠届出書が今日になった理由は…										2.出産するか迷っていた										
										3.妊娠に気づいていなかった										
										4.体調が悪かった										
										5.病院に行くお金がなかった										
										6.その他										
妊娠( )回目		出産( )回				中絶( )回( )週				死産( )回( )週										
流産( )回( )週																				
妊娠等の状況	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	
<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診券 _____	
	担当者 面談者