

妊娠届出書

NO. _____

住 所	鹿沼市 町 番地		
	妊婦さんの連絡先（携帯等） - -		
妊婦氏名		昭和・平成 年 月 日 (歳)	職業
夫の氏名 (児の父)		昭和・平成 年 月 日 (歳)	職業
妊娠週数	出産予定日	妊娠回数（今回も含む）	出産回数
週	平成 年 月 日		
妊娠の診断並びに保健指導（病院名） を受けた医師・助産師氏名			
結核に関する 健康診断	受けた ・ 受けない	性病に関する 健康診断	受けた ・ 受けない
上記のとおり届け出をいたします。			
平成 年 月 日		妊婦氏名	
鹿沼市長 様			

妊娠おめでとうございます。

本市では、妊娠中をより健康に過ごしていただくため、健康相談を実施しています。

後日、電話にてご連絡させていただくことがあります。

Q. 今回の妊娠についておたずねします。(該当するものに○をつけてください。)

1) 妊娠がわかったとき、どのような気持ちになりましたか。

①嬉しかった ②不安になった ③予定外だったので戸惑った ④ 困った ⑤その他()

2) 今回の妊娠に際して不妊治療を実施しましたか。 ①治療なし ②治療あり

3) 現在治療中の病気はありますか。 ①無 ・ ②有()

4) 心配なことを相談できる人はいますか。

①はい(夫・母親・その他の家族・友人・病院スタッフ・その他()) ②いいえ

5) お酒を飲む習慣がありますか ①はい ②いいえ ③やめた

6) たばこを吸いますか

本人	①はい	②吸わない	③やめた
夫	①はい	②吸わない	③やめた
家族	①はい	②吸わない	③やめた

7) 朝食をとる習慣はありますか? ①はい ②いいえ

8) 妊娠・出産・育児などについて、心配なことがありましたらご記入ください。

()

*この妊娠届出書及びアンケートの内容は、統計処理及び母子保健事業の連絡の際に使用させていただきますので、ご了承ください。

問い合わせ先 健康課母子健康係 電話 0289-63-2819