

（あて先） 三鷹市長

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。

本人以外の場合 署名
住所
電話番号

続柄 ()

フリガナ		個人番号																		
妊婦氏名		生年月日	年齢		職業															
		年 月 日																		
フリガナ		生年月日	年齢		職業															
夫氏名（パートナー）		年 月 日																		
住 所	〒 181 -																			
	三鷹市																			
電 話																				
妊娠週数	満 週 (第 月)	分娩予定年月日 年 月 日																		
初産・経産の別	<input type="checkbox"/> 初産	<input type="checkbox"/> 経産	(今までの出産 回)																	
性病に関する健康診断（血液検査）									結核に関する健康診断											
<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない									<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない											
医師または助産師の診断																				
<input type="checkbox"/> 受けた	※病院・産院・診療所・医院・助産所名をお書きください 施設名																			
<input type="checkbox"/> 受けていない	(所在地 都道府県 市区 町村) (医師・助産師名)																			

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要な場合には、関係部署及び関係機関と必要な情報を共有することに同意します。

署名 _____

※三鷹市記入欄

申請	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 電子	代理権	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 公的書類預かり（健康保険証等） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書	備考		
個人番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード				收受印	
	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	身元確認	1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真入り) <input type="checkbox"/> 身体(障害)者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 番号管理システム (<input type="checkbox"/> 申請者の同意)		2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票(写し可) <input type="checkbox"/> 学生・社員証 <input type="checkbox"/> その他官公署発行書類 ()		

オンライン申請あり

妊娠届出時アンケート

*保健センター保健師から様子を伺わせていただくことがあります。

1	健康状態はいかがですか <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 何ともいえない（具体的に ） <input type="checkbox"/> 悪い
2	今回、妊娠されてお気持ちはいかがですか <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> とまどいを感じる <input type="checkbox"/> つらい <input type="checkbox"/> その他（ ）
3	今までにかかった病気や、現在治療中の病気がありますか <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心の病（うつ病など） <input type="checkbox"/> その他（ ）
4	現在、お酒を飲んでいますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	現在、たばこを吸っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	現在、同居している家族でたばこを吸っている人はいますか <input type="checkbox"/> はい （吸っている方はどなたですか ） <input type="checkbox"/> いいえ
7	同居の家族はどなたですか <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 子（ 人） <input type="checkbox"/> 自分の親 <input type="checkbox"/> 夫の親 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> その他（ ）
8	里帰りする予定はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	妊娠、出産のことで相談できる人や協力してくれる人はいますか <input type="checkbox"/> はい…夫（パートナー） 自分または夫の親 姉妹 友人 その他（ ） <input type="checkbox"/> いいえ
10	出産費用や生活費など、経済的に困っていることがありますか <input type="checkbox"/> はい （ <input type="checkbox"/> 生活保護を受けている） <input type="checkbox"/> いいえ
11	妊娠・出産・育児についてご心配なことはありますか。 （保育園については子ども育成課へご相談ください） <input type="checkbox"/> はい（内容 ） <input type="checkbox"/> いいえ

◆ 外国人の方へ

12	あなたの母国語は何ですか （ ）
13	日本語を話すことができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 日常会話が可能 <input type="checkbox"/> いいえ