

# 妊 娠 届 出 書

( 妊娠届 ・ 産後届 ・ 転入 ・ その他 )

盛岡市長 様

届出日 令和 年 月 日

ふりがな 妊婦氏名		出産予定日	令和 年 月 日
生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳 )	届出週数	週
マイナンバー		医師・ 助産師名	
住所	盛岡市	医療機関 コード	
居住地	上記と同・別 ( )	結核健診	1.受けた 2.受けない
日中の 連絡先	自宅・携帯 ( - - )	性病健診	1.受けた 2.受けない
職 業	無：主婦・求職中・学生・その他( ) 有：勤務先 ( ) ・休職中	国籍 (外国の方のみ)	

※窓口に来る方が本人(妊(産)婦)以外の場合は、委任状が必要となりますので、以下の欄を妊(産)婦本人がご記入ください。

### 委任状

代理人 氏名 _____ (続柄 _____) 住所 _____	委任者 氏名 _____ 住所 _____
-------------------------------------	--------------------------

個人番号の届出を伴うこの届出について、上記の者を代理人として定め、その権限を委任します。

### 岩手県周産期医療情報ネットワークシステム 「いーはとーぶ」 参加同意書 (個人情報の第三者提供の同意書)

岩手県周産期医療情報ネットワークシステム「いーはとーぶ」について説明を受け、目的及び利用方法について理解し、市町村や医療機関が周産期医療情報を共有して、質の高い医療提供や相談支援を継続的に行うため情報共有することに同意します。また、調査研究や基礎資料として使用する場合は、個人が特定されないようプライバシーに配慮した個人情報の活用に同意します。

盛 岡 市 長 様

令和 年 月 日

氏名 ( \_\_\_\_\_ )

(代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )

<事務処理欄> ~以下の欄は記入不要です~

裏面のアンケートもご記入ください→

いーはとーぶ 同意	無・有 ※既加入者	No. _____	No. _____	No. _____	No. _____	健診 番号	No. _____	住基確認 済	
母手 番号	※転入( _____ )	子宮頸がん / 妊婦第 回~第 回 産婦 1・2 / 聴覚 / 歯科				償還払書類 済・不要	対応者		
来所 本人・夫・他( _____ )	給付金 要・不要	本人面談 給付金申請書	済・未 済・未	不足案内 (済)	後日面談 年 月 日 / (実施者 _____)				
(備考)	1	2	3	6	7	8	マイナンバー確認 済・未・空欄		
							□マイナンバーカード □その他 □通知カード+本人確認書類		

こちらの委任状欄を妊(産)婦ご本人がご記入ください。

# 妊娠届出時アンケート

\* みなさんが安心してご出産を迎えられるように、妊娠・出産期の健康管理等について相談を行っています。

\* 「個人情報保護に関する法律」に基づき、業務上知り得た個人情報については、目的以外には使用いたしません。

## ●家族のこと

続柄	氏名	健康		続柄	氏名	健康	
夫・パートナー		健・否	生年月日: . . . ( 歳) 職業: 無・有(勤務先)			健・否	
第1子		健・否	生年月日: . . . ( 歳) 出生体重: g			健・否	
第2子		健・否	生年月日: . . . ( 歳) 出生体重: g			健・否	

## ●以下の項目について、当てはまる記号を○で囲むか、( )にご記入ください。

- \* 結婚していますか。  
①はい ②いいえ⇒予定: 無・有( 年 月予定)
- \* 夫・パートナーとは同居していますか。  
①はい ②いいえ(理由: 居住地: )
- \* これまでの妊娠出産について。  
妊娠回数: ①初めて・②( )回 出産回数: ①なし・②( )回
- \* これまでの妊娠出産の経過で下記の症状がありましたか。  
①いいえ・②はい ⇒ 妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、貧血、早産、帝王切開、仮死産、他( )
- \* 妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか。  
①とても嬉しかった ②予想外で驚いたが嬉しかった ③予想外で戸惑った  
④困った(理由 ) ⑤出産を迷っている(理由 )
- \* 妊娠についてお聞きします。  
①自然に妊娠した ②治療して妊娠した
- \* 現在の妊娠経過について。  
①良好 ②治療中(切迫流産、つわり、その他 )
- \* 出産する病院は決まっていますか。  
①決まっている( 病院) ②未定
- \* 今までに治療した病気はありますか。  
①ない ②ある(精神科疾患、高血圧、心臓病、糖尿病、甲状腺疾患、貧血、婦人科疾患、他 )
- \* 現在、治療中の病気はありますか。  
①ない ②ある(精神科疾患、高血圧、心臓病、糖尿病、甲状腺疾患、貧血、婦人科疾患、他 )
- \* 今までに気持ちがイライラしたり、不安になる、眠れない等の症状で、相談やカウンセリング、治療等を受けたことがありますか。  
①ない ②ある(時期: 症状: 受診・相談先: 服薬治療: 有・無 )
- \* 心身に関わる手帳の交付を受けていますか。  
①いいえ ②はい(身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、他 )
- \* たばこを吸いますか。  
①吸わない ②妊娠してやめた ③今も吸っている ⇒ 禁煙の意志: 有・無
- \* 同居のご家族は、たばこを吸いますか。  
①いいえ ②はい ⇒ 夫・その他( )、本数( )本
- \* お酒は飲みますか。  
①飲まない ②妊娠してやめている ③時々 ④週3日以上 ⑤毎日(どの位 )
- \* 妊娠中や産後に、相談やサポートしてくれる人がいますか。  
①はい⇒ 夫・パートナー、実母、その他( ) ②いいえ
- \* ご実家はどちらですか。  
妊婦さん( 県 市町村) 夫・パートナー( 県 市町村)
- \* 里帰り出産(または産後の里帰り)の予定がありますか。  
①いいえ ②はい⇒滞在先市町村( ) 県外で妊婦健診等を受ける予定 有・無
- \* 健康保険に加入していますか。  
①はい⇒ 国保、社保、その他( ) ②いいえ
- \* 差し迫って生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。  
①いいえ ②はい
- \* 不安や心配なことがありましたらご記入ください。  
①ない ②ある(妊娠経過、出産、子育て、病気、生活面、経済面、他)

記入不要