

妊 娠 届

【宮崎県標準様式 2025 改定】

【様式第 1 号】

No. _____ (_____ : _____ ~ _____ : _____)

ふりがな			生年月日	昭和 _____ ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	
妊婦氏名					
住 所	郵便番号 (_____)		個人番号 (マイナンバー)		
	電話番号 (※妊婦と連絡がとれる連絡先) (自宅) (携帯)		職 業		
妊娠週数	週 (_____ か月)	分娩予定日	年 _____ 月 _____ 日	第 _____ 子	
妊娠診断・保健指導を受けた病院 または産院名 (医師または助産師名)					
健康診断	性 病	受けた (_____ 年 _____ 月頃) ・ _____ 受けていない			
	結 核	受けた (_____ 年 _____ 月頃) ・ _____ 受けていない			

上記のとおり届け出ます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

市 (町村) 長殿

届出者氏名 : _____
(妊婦との続柄 : _____)

妊婦のための支援給付を受ける資格を有すること及び認定を求めることについての申告 (内容確認後にチェック)

☐ 医療機関において医師による胎児心拍が確認されました。

☐ 当該届をもって「妊婦のための支援給付 (子ども・子育て支援法第 10 条の 2) を受ける資格を有することについての認定」を申請します。

☐ 本申請に関する処分通知等について電子情報処理組織を使用することに同意します。

健康保険の種別	国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ 船員 ・ その他 (_____) ・ 無
---------	---------------------------------------

※やむを得ない理由により妊婦本人以外 (代理人) が届け出るときは委任状を必ず記入してください。

委任状 (妊婦本人が記入)

私は、妊娠届出、母子健康手帳の受領及び個人番号の提供に関する事項の一切の権限を次の者に委任します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

委任者 (妊婦本人)	住所 _____ 氏名 _____	⑥
受任者 (代理人)	住所 _____ 氏名 _____	

連絡先の使用について：市町村では、すこやかな妊娠・出産・育児を支援するため、様々な母子保健事業を行っています。今後、妊婦健康診査、こんにちは赤ちゃん事業、乳幼児健康診査等の母子保健事業において、必要な場合、妊娠届に記載されている連絡先を使用させていただきます。

※発行窓口記入欄

○届出者 (本人)	①個人番号確認	【個人番号カード・通知カード・その他 (_____)】
	②本人確認書類	1点で可【個人番号カード・運転免許証・パスポート】 2点以上【保険証 または 資格確認書・年金手帳・その他 (_____)】
○届出者 (代理人)	①委任状【有・無】	②代理人の身元確認【個人番号カード・運転免許証・パスポート・その他 (_____)】 ③本人個人番号確認【個人番号カード・通知カード・その他 (_____)】

赤ちゃんとお母さんが安心して生活できるようサポートを行っております。太枠内をご記入ください。

※この情報は、市町村の母子保健事業以外の目的では使用いたしません。

1 出産予定病院・助産院名 	11 里帰り予定 a ない → 協力者 あり(夫・パートナー・実父・実母・兄弟姉妹・義父・義母・その他) なし b ある ☐ 県外() 時期() 実家・その他() ☐ 県内() 時期() 実家・その他()
2 現在の妊娠は順調ですか。 a はい b いいえ(つわり・出血・切迫流産・その他:)	
3 今回の妊娠が分かったときは、どんな気持ちでしたか。 a うれしかった b とまどったがうれしかった c 驚きとまどった d うれしくなかった	12 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。 a ない b ある ()
4 現在、不安や心配なことがありますか。 a ない ☐ ご自身のこと→ 身体・ころ・他() ☐ おなかの子どものこと() ☐ 上の子どものこと→ 接し方・健康・他() ☐ 家族のこと→ 夫(パートナー)との関係、家族の病気、夫(パートナー)の暴力、他() b ある ☐ 経済面のこと(出産費用・健診費用・生活費) ☐ 仕事・家事() ☐ その他()	13 これまでに心理的・精神的なことで、カウンセラーや心療内科精神科医院、行政機関などに相談したことがありますか。 a ない b ある { ☐ 現在通院中(内服・カウンセリング) ☐ 以前通院していた(内服・カウンセリング) →いつ頃: () ☐ 他()
5 現在あなた(妊婦)はたばこを吸いますか。 a 吸わない b 妊娠してやめた c 吸う(本/日)	14 これまでに問13以外の病気で治療を受けたことがありますか。 a ない b ある (高血圧・糖尿病・心臓病・甲状腺疾患・腎疾患・その他:) ☐ 通院中
6 現在あなた(妊婦)はアルコールを飲みますか。 a 飲まない b 妊娠してやめた c 飲む(回/週)	15 困ったときに、相談できる相手はいますか。 a いる → 誰(夫・パートナー・実父・実母・兄弟姉妹・友人・義父・義母・医療機関・行政機関・その他) () b いない
7 これまでに、不妊治療の経験がありますか。 a いいえ b はい (今回の妊娠は不妊治療によるものですか → はい・いいえ)	16 パートナーについて ☐ 既婚 ☐ 未婚 ☐ 入籍予定 (年 月頃) 氏名: 職業: 生年月日: S・H 年 月 日 (歳) 連絡先:
8 これまでに早産(37週未満)や低出生体重児(2,500g未満)を出産した経験がありますか。 a ない b ある (年 月 週 g)	17 同居している家族に○をつけてください。 夫・パートナー・子ども()人・実父・実母・義父・義母 その他 ()
9 これまでに、流産、死産などの経験がありますか。 a ない b ある ☐ 流産(回) ☐ 死産(回) ☐ 生後1年以内に赤ちゃんが亡くなった	18 現在同居している人はたばこを吸いますか。 a 吸わない b 吸う 誰()(本/日)
10 過去の妊娠・出産の経過は順調でしたか。(2回目以降の妊娠の場合) a はい b いいえ { 妊娠中や出産時合併症(妊娠高血圧症・糖尿病・帝王切開・胎児発育遅延・前置胎盤・貧血・他())	19 この内容については、必要に応じて関係機関(行政機関・医師等)と連絡をとらせていただく場合があります。 a 同意する b 同意しない

《医療機関記入欄》 連携の必要性 ☐ なし ☐ あり(具体的に記載してください)

《行政記入欄・備考》 来所者: 妊婦本人・他()

《今後の担当》 ☐ 地区担当保健師 ☐ 母子保健コーディネーター ☐ その他:

受付者()