

妊娠届出書

		※母子健康手帳交付番号 第 号	
個人番号		世帯主氏名	
ふりがな			
妊婦氏名		夫氏名	
生年月日		職業	
出産予定日		妊娠週数	週
住所・電話	川口市	※※国籍	
	電話番号 ()		
診断又は保健指導を受けたときはその 医療機関名及び 医師 又は 助産師名		医療機関名	
		医師又は助産師名	
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無		受けた ・ 受けていない	
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無		受けた ・ 受けていない	
妊 娠 回 数		初回・2回目・3回目・その他 ()	
出 産 回 数		無 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ その他 ()	
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 (あて先) 川口市長 妊婦氏名			

※欄は、記入しないでください。 ※※欄は、外国人のかたのみ記入してください。

----- < 職員処理欄 > -----

令和7年度版 市5年保管

①	☐ 窓口に来られた方の 本人確認確認書類を ☒	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード等			
		☐ その他 (保険証・) ☐ 委任状添付			
②	☐ 妊婦の住基確認	③	☐ 個人番号確認	④	外国語版 [英語 ・ その他]
⑤	処理部署 ☐ 地保セ ☐ 鳩ヶ谷分室 ☐ 中央ST ☐ 青木ST ☐ 南平ST ☐ 芝ST ☐ 神根ST ☐ 戸塚ST ☐ 新郷ST			対応者名	
				交付日	月 年 日
⑥	☐ 妊婦支援給付金 (オレンジ) の紙渡した ☐ 渡さなかった (理由: ☐ 転入前の市町村で申請済 ☐ 妊婦以外の来所のため) ☐ その他 ()			妊婦面談 実施者	
				妊婦面談 実施日	月 年 日
⑦	☐ WEB予約後来所 ☐ 電話連絡後来所 ☐ 予約なし来所 ☐ その他 ()				

妊婦面談アンケート

1	川口市にお住まいの期間はどれくらいですか？ □ 1年未満 □ 1年以上 □ 2～4年程度 □ 5年以上
2	今回の妊娠について伺います。 □ 自然に妊娠した □ 不妊治療して妊娠した
3	現在のあなた（妊婦さん）の体調はいかがですか？（複数回答可） □ 良好 □ 疲れやすい □ よく眠れない □ イライラする □ つわりがある □ その他（ ）
4	今回の妊娠がわかったときのお気持ちはいかがでしたか？（複数回答可） □ 嬉しかった □ 楽しみ □ 戸惑った □ 不安 □ 困った □ 特に何とも思わない □ その他（ ）
5	今回の妊娠を夫（パートナー）や周囲の人はどう感じていますか？（複数回答可） □ 嬉しかった □ 楽しみ □ 戸惑った □ 不安 □ 困った □ 特に何とも思わない □ その他（ ）
6	今までに下記疾患の治療をしたことはありますか？（複数回答可） □ なし □ ある ⇒ □ 高血圧 □ 慢性腎炎 □ 糖尿病 □ 肝炎 □ 心臓病 □ 甲状腺の病気 □ その他（病名： ）
7	現在、内服している薬はありますか？ □ なし □ ある ⇒ 病名又は症状： 薬：
8	今までに精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科などに相談したことがありますか？ □ なし □ ある ⇒ いつ頃： 相談内容：
9	現在、タバコは吸いますか？ □ 吸わない □ 妊娠がわかってやめた □ 吸う（ 本／日）
10	現在、アルコールは飲みますか？ □ 飲まない □ 妊娠がわかってやめた □ 飲む（ 杯 ml 回／週）
11	心配なこと、不安なこと、困っていることはありますか？（複数回答可） □ なし □ ある ⇒ □ 妊娠・出産のこと □ 家族のこと □ 仕事のこと □ 経済的なこと □ その他（ ）
12	悩み、困ったことなど相談できる人がいますか？（複数回答可） □ 夫（パートナー） □ 実父母 □ 義理父母 □ 兄弟姉妹 □ 友人 □ その他（ ） □ 相談できる人がいない
13	産後、育児や家事を手伝ってくれる人はいますか？（複数回答可） □ 夫（パートナー） □ 実父母 □ 義理父母 □ 兄弟姉妹 □ 友人 □ その他（ ） □ お願いできる人がいない
14	現在、不安や疑問に思っていることがあればご記入ください。
15	第2連絡先をご記入ください。（ご本人様と連絡がとれない場合に電話することがあります） 電話番号： — — 続柄：
個人情報の取り扱いについて 当センターは「個人情報保護に関する法律」「川口市個人情報保護条例」に基づき、皆様の個人情報に関する取り扱いについて以下のとおりいたします。取得した個人情報は、原則として健康管理の目的以外には使用いたしません。また、市民の健康保持や増進を目的に、結果をデータ化した上で、集計・分析、報告をしております。以上の利用目的につきまして、不明な点がある場合には、川口市保健所地域保健センターへお問い合わせください。 必要に応じて関係機関等に妊娠状況などの確認を行うことに同意します。 年 月 日 署名	
保健師記入欄  川口市マスコット「きゅぼらん」	