

妊娠届出書 兼 妊産婦健康診査受診券等交付申請書

届出年月日 年 月 日

(フリガナ) 妊婦氏名		氏名変更予定	個人番号	
		有 () 無	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	八幡市 (方)	電話番号	自宅 携帯(妊婦)	
		夫氏名 (パートナー)		
妊娠週数	妊娠 週	出産予定日	年 月 日 (出産予定日の年齢 歳)	
妊婦職業		出産歴	有 回数	回
里帰り予定	有 (市・町・村) 無		無	現在の子どもは 人
妊産婦健康診査予定病院・産院名		()		
性病に関する健康診断		受けた・受けていない	結核に関する健康診断 受けた・受けていない	

妊産婦健康診査・妊婦歯科検診・新生児聴覚検査・妊娠届出時アンケートにおける個人情報の取り扱いについて(事前確認書)

八幡市では、本市に住民票がある方に妊産婦健康診査受診券及び新生児聴覚検査同意書兼受診券・妊婦歯科検診受診票を発行しています。

住民票が八幡市にありますか (はい・いいえ)

妊産婦健康診査等を受診される方へ *必ず下記をお読みいただいた上で受診してください。

この健診・検査等は、八幡市が公費で負担し実施する健診・検査です。個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法を遵守しています。また、より良い健診や必要な支援を皆さまに提供できるよう次のことを行っています。

- ① 受診票を発行するにあたり住民基本台帳により確認します。
- ② 健診結果(精密検査結果やその後の状況調査を含む)は受診医療機関・本市が保管します。
- ③ 必要に応じて医療機関や受診者本人に受診状況を問い合わせることがあります。また、医療機関等と検査結果の情報共有を行います。
- ④ 今後のより良い健康管理や健診体制の整備のために、本市は個人が特定されない形で結果を京都府や国に報告することがあります。
- ⑤ 裏面の妊娠届出時アンケートは、妊婦さんと赤ちゃんの健康管理等に役立てるための参考とさせていただくものです。秘密は厳守しますので、裏面についてもご記入をお願いします。

私は上記内容について同意し、八幡市が実施する妊産婦健康診査・妊婦歯科検診・新生児聴覚検査を受診し、妊娠届出時アンケートの記入をします。

年 月 日

住所 _____

名前 _____

→裏面アンケートをご記入ください

《 職員記入欄 発行・確認後○記入 》

親子(母子)手帳		多胎 (枚)	還付書類		1か月児健診受診券
受診券綴	外国語版 親子(母子)手帳	言語	転入	(枚)	
新生児聴覚検査同意確認シール添付	やわたっこプラン		やわたっこ 応援給付金 申請書受取		
妊婦歯科検診票	かかりつけ歯科医 なし・あり()				

受診券番号	
住民票確認者	
受付者	
保健師名	
PC入力者	

妊娠届出時アンケート

家庭支援課では妊婦さんの相談に応じています。答えられる範囲で以下の項目にご記入ください。

1	最近の体調はいかがですか	よい	よくない	<input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 気分が沈む <input type="checkbox"/> その他()	
2	今回の妊娠について、現在どのようなお気持ちですか	<input type="checkbox"/> とても嬉しかった <input type="checkbox"/> 驚いたが嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 困った 			
3	妊娠を知った時の夫(パートナー)の気持ちを教えてください	<input type="checkbox"/> 嬉しそうだった <input type="checkbox"/> 楽しみにしていた <input type="checkbox"/> 驚いていた <input type="checkbox"/> 戸惑っていた <input type="checkbox"/> 変わらなかった <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他()			
4	今までにかかった病気や治療中の病気はありますか	なし	あり	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> その他() ・治療中 ・治療済み	
5	現在あるいは今までに、心理的なあるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医師、心療内科医師等に相談したことがありますか	なし	あり	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院終了 <input type="checkbox"/> その他() 医療機関 _____ 内容: ()	
6	現在、タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 吸う (本 /日)			
7	現在、同居家族の方はタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 吸う (本 /日)			
8	現在、アルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 飲む (回 /週)			
9	あなたが介護しているご家族等がおられますか	いいえ	はい	[]	
10	経済的な不安がありますか	いいえ	はい	[]	
11	妊娠中、出産後に相談できる人がいますか	はい	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園 <input type="checkbox"/> その他()		いいえ
12	赤ちゃんが生まれてからの生活はイメージできますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> あまりできない <input type="checkbox"/> できない			
13	なにか心配なことはありますか	いいえ	はい	<input type="checkbox"/> 妊娠の経過 <input type="checkbox"/> 自分自身の健康面 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)との関係 <input type="checkbox"/> 実父母との関係 <input type="checkbox"/> 義父母との関係 <input type="checkbox"/> 出産時のこと <input type="checkbox"/> 産後の子育て <input type="checkbox"/> 上の子の子育て <input type="checkbox"/> 親(家族)の介護について <input type="checkbox"/> 住まい・住環境について <input type="checkbox"/> 近所・親戚との付き合い <input type="checkbox"/> 仕事と育児の両立について(産前・産後) <input type="checkbox"/> その他()	

* 妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、この届出書から市役所の保健師が、妊娠中に連絡・訪問等をさせていただきます。ご了承ください。