

秘

A registration of pregnancy and application for a maternity record book

妊娠届出書

個人番号
My Number

兼母子健康手帳交付申請 令和 年 月 日

太線の枠内を記入し、提出してください。

妊婦	フリガナ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	Date of birth
	Pregnant woman name in full 氏名 () 歳		Year Month Day <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	

職業 会社員 公務員 農林漁業 自営業 パート アルバイト 無職 その他

夫・パートナー	フリガナ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	Date of birth
	Pregnant woman's husband or partner's name in full 氏名 () 歳		Year Month Day <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	

職業 会社員 公務員 農林漁業 自営業 パート アルバイト 無職 その他

住所	Present Address 尼崎市	Telephone Number 電話 ()
----	------------------------	----------------------------

Week of pregnancy 妊娠の週数	Weeks <input type="text"/> <input type="text"/> 週	Month (<input type="text"/> <input type="text"/> か月)	Projected date of delivery 分娩予定日	Year <input type="text"/> <input type="text"/> 年	Month <input type="text"/> <input type="text"/> 月	Day <input type="text"/> <input type="text"/> 日
----------------------------	--	--	-------------------------------------	---	--	--

今回の妊娠について	Name of medical institution 妊娠の診断を受けた医療機関	出産予定医療機関
-----------	--	----------

Have you ever had any of the following examinations ?						
Chest X-ray 胸部X線検査	Syphilis Test 性病検査 (梅毒血液検査)	Blood pressure Test 血圧の測定	Urinalysis 尿の検査 (蛋白・糖)	Blood Type 血液型	Anemia Test 貧血の検査	HBs Antigen Test HBs抗原検査
受けた(Yes) 受けていない(No)	受けた(Yes) 受けていない(No)	受けた(Yes) 受けていない(No)	受けた(Yes) 受けていない(No)	A・B・O・AB RH(+・-)	受けた(Yes) 受けていない(No)	受けた(Yes) 受けていない(No)

妊娠歴	This is my () th time pregnancy 今回の妊娠は <input type="text"/> <input type="text"/> 回目	I have () Child/Children 現在の子ども数は <input type="text"/> <input type="text"/> 人 () 歳 () 歳
	History of prior pregnancies Miscarriage 今までに 流産 <input type="text"/> 回・早産 <input type="text"/> 回・死産 <input type="text"/> 回・人工妊娠中絶 <input type="text"/> 回	Premature birth Stillbirth Artificial termination of pregnancy
	Do you have any worries or recommendation with your child/children from your doctor? 今までに生まれた子どもさんについて、気になることや医師から指示されたことがありましたか。	

ある (Yes) ない (No) (Please write down the detail below. (Low birth-weight infant severe jaundice etc.) 低体重児、重症黄疸等、具体的に記入してください。)

既往歴	Have you ever had any of the following illnesses ?											
	<input type="checkbox"/> ある (Yes) <input type="checkbox"/> ない (No) <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Toxemia of pregnancy 妊娠中毒症 (妊娠高血圧症候群)</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎</td> <td><input type="checkbox"/> Chronic nephritis 腎臓病</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus 糖尿病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heart disease 心臓病</td> <td><input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核</td> <td><input type="checkbox"/> Mental patient 心の病</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Other serious disease その他 ()</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Toxemia of pregnancy 妊娠中毒症 (妊娠高血圧症候群)	<input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎	<input type="checkbox"/> Chronic nephritis 腎臓病	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus 糖尿病	<input type="checkbox"/> Heart disease 心臓病	<input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/> Mental patient 心の病		<input type="checkbox"/> Other serious disease その他 ()		
<input type="checkbox"/> Toxemia of pregnancy 妊娠中毒症 (妊娠高血圧症候群)	<input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎	<input type="checkbox"/> Chronic nephritis 腎臓病	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus 糖尿病									
<input type="checkbox"/> Heart disease 心臓病	<input type="checkbox"/> Tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/> Mental patient 心の病										
<input type="checkbox"/> Other serious disease その他 ()												

Spouse's Blood type and Health condition 夫の血液型および健康状態	A・B・O・AB RH(+・-) Good Poor disease or problem 健康・病弱 ()
--	---

備考	たばこ <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 吸わない 飲酒 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠に対する不安感
----	--

記入例	<input checked="" type="checkbox"/> アマカ"サキハナコ	交付場所	母子健康手帳No.	医療機関
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> その他

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ I II III IV V