

妊 娠 届 出 書

フリカ`ナ		生年月日	年 月 日 (歳)
妊婦氏名		職 業	
居住地	〒206-00 多 摩 市 電話 ()		
妊娠週数	満 週 (第 月)	分娩予定年月日	年 月 日
初産・経産の別	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (今までの出産 回)		今回の妊娠 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
性病に関する健康診断(血液検査)		結核に関する健康診断(胸部レントゲン)	
<input type="checkbox"/> 受 け た <input type="checkbox"/> 受 けて ない		<input type="checkbox"/> 受 け た <input type="checkbox"/> 受 けて ない	
医 師 ま た は 助 産 師 の 診 断			
<input type="checkbox"/> 受 け た	施 設 名 (所在地 都道府県 市区町村) ※ 病・産院、診療所・医院、助産所名をお書きください。		<input type="checkbox"/> 受 け て い ない
上記のとおり届け出ます。 平成 年 月 日 申 請 者 氏 名 [妊婦との続柄(代理人の場合のみ)] 多 摩 市 長 殿			

※妊婦ご本人が申請者の場合、以下のアンケートにもご記入をお願いします。

アンケート	
多摩市では、皆様が安心して子育てしていけるように、妊娠中から支援していきたいと考えています。 この情報は、健康推進課で管理し、出産・子育て支援以外には使用しませんので、ご協力をお願いします。	
1 現在までの妊娠経過は順調ですか	はい いいえ (理由)
2 今回、妊娠されて今のお気持ちはいかがですか (複数回答可)	
a うれしい b とまどいがある c うれしくない d その他 ()	
3 妊娠、出産のことで相談できる人や協力してくれる人はいますか	はい いいえ
4 健康推進課では、保健師による妊娠・出産・育児に関する相談事業を行っています。妊娠・出産・育児のことなどで相談したいことはありますか	
いいえ はい (内容)	

※ 健康推進課の保健師から妊娠・出産についてご様子を伺う場合がありますので、ご了承ください。