

見本

## 多摩市妊娠届出書

妊婦マイナンバー（個人番号）記載欄

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

ふりがな 妊婦氏名	せいせき さくら 聖蹟 桜	生年月日	1992年 4月 1日 ( 33 歳)	職業	会社員
居住地	多摩市 関戸4-19-5	連絡先	(090) 9177-9177		
ふりがな 夫・パート ナー氏名	せいせき たろう 聖蹟 太郎	生年月日	1991年 4月 1日 ( 34 歳)	職業	会社員
居住地	同上	連絡先	(090) 9111-9111		
居住地として記入した上記の住所は、 住民票上の住所ですか？	<input checked="" type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ		今回の妊娠	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎	
妊娠週数	満 8 週 (第 2 月)	分娩予定 年月日	2026年 4月 1日	分娩歴	今までの出産( 1 )回
性病に関する健康診断（血液検査）	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けていない				
結核に関する健康診断	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けていない				
医師・助産師による妊娠の診断又は保健指導	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けていない				
診断又は保健指導を受けた施設名：〇〇産婦人科					
医師又は助産師名：〇〇先生			施設所在地：東京都多摩市		
上記のとおり届け出ます。			2025年	10月	1日
多摩市長 殿	届出者氏名	聖蹟 桜	妊婦との続柄	本人	

※妊婦本人が申請者の場合、以下のアンケートにも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ができるように、妊娠中から支援していきたいと考えています。ご回答いただいた内容は、こども家庭センターで管理し、出産及び子育ての支援以外には使用しませんので、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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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（最も近いもの一つを選択してください。）	<input type="checkbox"/> うれしい <input checked="" type="checkbox"/> 予想外で驚いたがうれしい <input type="checkbox"/> 予想外で驚きとまどっている <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> うれしくない <input type="checkbox"/> 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 「いる」を選択した場合、あてはまる方全てを選択してください。	<input checked="" type="checkbox"/> いる → <input checked="" type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input checked="" type="checkbox"/> 自分の親 <input type="checkbox"/> 夫（パートナー）の親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他（） <input type="checkbox"/> いない
4 タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> はい（1日 本） <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
5 こども家庭センターでは、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があれば記入してください。	〔 〕

※こども家庭センターの保健師が妊娠及び出産について状況を伺う場合がありますので、ご了承ください。

届出者受け取り確認欄（受け取った受診票にチェックを入れてください。）

<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診票（14回分）	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦子宮頸がん検診受診票（1回分）	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦超音波検査受診票（4回分）
<input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受診票（1回分）	<input checked="" type="checkbox"/> 妊婦・パートナー歯科健康診査受診票	氏名（ 聖蹟 桜 ）

本人確認 （確認方法を囲ってください） 受付者	個人番号カード	通知カード or 等 + or 等 住民票（番号入り）	免許証 or 等 パスポート	その他〔 〕	書類不備 番号不明
-------------------------------	---------	-----------------------------------	----------------------	--------	--------------