

令和8年度

奥州市妊娠届出書（母子健康手帳・妊婦一般健康診査票交付申請書）

交付番号

※太枠内を本人がもれなく記入してください。

ふりがな			生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)	勤務先名	
妊婦氏名			個人番号							
			携帯番号							
ふりがな			生年月日	昭和・平成	年	月	日	(歳)	勤務先名	
夫の氏名			携帯番号							
住所 (アパート・ 号室)	〒 奥州市				世帯主		()			
					電話番号		()			
妊婦の実家					()		様方		()	
					電話番号		()			
医師の診断	受けた・受けない		性病に関する検査		受けた・受けない		結核に関する検査		受けた・受けない	
医療機関名			診断した医 師の氏名			出産予定日	年 月 日		初産・経産	
					妊娠週数		週			
届出者氏名			胎児心拍確認日		年 月 日					
			届出年月日		年 月 日					

*現在の状況についておたずねします。

1. 身長 () cm 現在の体重 () kg ふだんの体重 () kg
2. 今までの大きな病気 な し ・ あ り (病名 : 経過 : 治療中 治療済)
3. 現在の異常 な し ・ あ り (出血 ・ 痛み ・ 重度のつわり ・ 貧血 ・ 高血圧 ・ その他)
4. 流産や死産、出産後1年間に子どもを亡くしたこと な し ・ あ り
5. 妊娠回数(今回の妊娠も含む) 回 出産回数(妊娠22週以降) 回
6. 今までにカウンセラーや精神科医師、心療内科医師などへの相談 な し ・ あ り
7. 障害者手帳の交付、または自立支援医療の支給を受けていますか いいえ ・ は い (種別)
8. 前回妊娠中の異常(経産婦のみ) な し ・ あ り ()
9. たばこ もともと吸わない ・ 吸っていたがやめた (非妊時 本/日) ・ 吸っている (本/日)
家族内の喫煙者 いない ・ い る (夫 ・ 父母 ・ 兄弟姉妹 ・ その他) 分煙 : あ り ・ な し
10. 飲酒 もともと飲まない ・ 飲んでいたがやめた (非妊時 /日) ・ 飲んでいる (/日)

*気持ちについておたずねします。

1. 妊娠が分かったときの気持ちについて うれしい ・ まだ実感がわからない ・ あまりうれしくない
2. 現在の気持ち 良好 ・ 不調 (食欲がない ・ イライラ ・ 涙が出る ・ 不安 ・ その他)
3. 現在困っていること な し ・ あ り (身体のこと ・ 出産のこと ・ 予定外の妊娠 ・ 妊娠中の生活のこと
家族のこと ・ その他)
4. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか は い ・ いいえ
5. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか は い ・ いいえ
6. 最近、家族や親しい方が亡くなったり、重い病気になったり、事故にあったことはありましたか は い ・ いいえ
7. 困ったときに相談する人について
①夫には何でも打ち明けることができますか はい ・ いいえ ・ 夫がいない
②お母さんには何でも打ち明けることができますか はい ・ いいえ ・ 実母がいない
③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか はい ・ いいえ
(兄弟姉妹 ・ 親戚 ・ 友達 ・ 医療機関 ・ その他)
8. 相談したいことはないですか な し ・ あ り ()

※妊娠・出産・育児の中で医療機関等の関係機関と協力してお子さんの成長を支えていきます。

今後、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援が必要となる場合には、
市から関係機関に対して必要な情報を提供することに同意します。

同意者氏名 同意年月日 年 月 日

タク シー 助 成 券	奥州市妊産婦タクシー助成券を受領しました。	※ 確 認 者
	年 月 日	
	受領者名	

いーは とーぶ	同意あり ・ 同意なし	入力済
	番号 0 3 2 1 5	

転入時確認	寄り添い支援金
済	他市町村名 :

交付状況	正規	転入	その他
1子	23	45	67
89	1011	1213	1415
聴	2W	1M	菌

A	B	C		
		19歳以下 妊婦	35歳以上 初妊婦	身体
				メンタル
				生活環境

受付	水 江 前 胆 衣	妊娠届
担当者		妊婦相談