

妊 娠 届 出 票					(妊婦・代理人)
フリガナ 妊婦氏名		生年月日 年齢	S・H 年 月 日 (歳)	職業 (有・無) 内容() 職業形態(常勤・パート・自営・内職) 健康保険の種類 (国保・その他)・生活保護	
フリガナ パートナー氏名		生年月日 年齢	S・H 年 月 日 (歳)	職業 (有・無) 内容() 職業形態(常勤・パート・自営・内職) 健康保険の種類 (国保・その他)・生活保護	
居住地	門真市		TEL	妊婦TEL : パートナーTEL : 協力者TEL :	
妊娠週数又は 月数	満 週 (ヶ月)	単胎 ・ 多胎		氏名 続柄()	
通院中の病院			出産予定日	令和 年 月 日	
出産予定病院					
性病に関する健康診断(血液検査)			※個人情報の保護には留意します。支障のない範囲 でご記入ください。		
結核に関する健康診断(ツベルクリン反応または胸部レントゲン)			受けていない ・ 受けた (時期: 年頃)		
上記のとおり届出します。 門真市長 様					
令和 年 月 日 届出者氏名() 続柄()					

* 妊娠期から子育て期の支援のためのアンケート

1. 現在治療中の病気や既往歴がありますか？ ない ・ ある 糖尿病 高血圧 肝炎 精神的な疾患[うつ パニック障がい その他()] その他の疾患() 身体手帳()級 療育手帳()級 精神手帳()級 自立支援医療の利用(ない・ある)
2. 今回の妊娠は何回目ですか？(回) そのうち何回出産しましたか？(回) 今までに、妊娠高血圧症やたんぱく尿などがありましたか？ ない ・ ある 今までに、不妊治療の経験はありましたか？ ない ・ ある(病院名: 治療期間: 治療内容:)
3. 現在の妊娠経過は順調ですか？ 順調 ・ あまり順調ではない(内容:)
4. 妊娠とわかった時の気持ちは？ ※当てはまるものすべてに○をつけてください。 ①うれしい ・ 楽しみ ②妊娠・出産に対する不安 ③戸惑っている ④いろいろ考えるとしんどい ⑤その他()
5. 心配なことや不安はありますか？具体的に何ですか？ ※当てはまるものすべてに○をつけてください。 ①特にない ②無事出産できるか ③経済的なこと(出産に関する費用・出産後の育児費用・生活費・その他) ④予定外の妊娠でどうしようか悩んでいる ⑤赤ちゃんと接したことがなくて育児が心配 ⑥子どもは苦手な育児が不安 ⑦その他() ⑧家族のこと
6. 医療機関以外で相談できる人はいますか？ いない ・ いる パートナー ・ 実母 ・ 姑 ・ 姉妹 ・ 友人 ・ その他()
7. タバコの状況についてお答えください。 〔妊婦〕 1. 吸う(1日 本) 2. やめた いつ頃() 3. 吸わない やめたいと思いますか？ ①是非やめたい ②できればやめたい ③思わない 〔パートナー〕 1. 吸う(1日 本) 2. やめた いつ頃() 3. 吸わない あなたの前では ①平気で吸う ②たまに吸う ③ほとんど吸わない
8. アルコールは飲みますか？ 〔妊婦〕 1. 飲む(毎日・時々) 2. 妊娠してやめた 3. もともと飲まない
9. あなたはこれまで育ってきた中で、愛されて育ててもらったと感じていますか？ はい ・ いいえ
10. 今まで家族や自身に対する暴力(身体、言葉、性的)を見たり、経験したことはありますか？ ①ない ②見たことがある ③経験したことがある ④話したくはない
11. 保健師などに質問・相談したいこと、また困ったことなどありますか？ (内容)
12. その他 ①里帰り出産予定(期間: / ~ / 場所:) ②今後入籍予定(/ 頃) ③転出予定(/ 場所:) ④特になし

□母子健康手帳別冊を受け取りました。紛失した場合は、再発行できません。
□母子健康手帳別冊は門真市住民でなくなった場合使用できません。
(転出後に、母子健康手帳別冊を使用された場合は、全額自己負担になることがありますので必ず転出先で交換してください。)

□大阪府ガイドラインに基づき、健やかな妊娠・出産・育児における保健・医療・福祉の連携のため、妊娠届出書及び妊婦アンケートについて、必要に応じて医療機関や福祉部門等と情報共有します。
また、門真市より転出した場合においても、切れ目のない支援を目的とし、必要に応じて転出先の市町村と情報共有します。
□妊婦様とご連絡がとれない場合、パートナー様・ご協力者様にご連絡させていただくことがあります。

上記のことに同意します。 同意及び受け取りサイン ()

※裏面に続きます。
2026年9月1日改定