

妊娠信息表（妊娠届出書）

市（町村）长

提交年月日

年 月 日

(平假名)	出生年月日		年龄	职业	个人卡号码	
孕妇姓名	①已婚 ②未婚 (是否计划登记结婚 是·否)		年 月 日			
(平假名)	出生年月日		年龄	职业		
丈夫/伴侣姓名	年 月 日					
现住址	(〒 -)			固定电话号码 手机号码 丈夫/伴侣/其他联系人的电话号码	() - - - - - -	
接受医生/助产士诊断或保健指导的情况	初诊年月日	年 月 日	怀孕周数	满 周 (个月)		
	预产期	年 月 日	有无接受性病相关的检查	①有 ②无		
	特别事项	①单胎 ②多胎 (胎)	有无接受结核相关的检查	①有 ②无		
	医疗机构的所在地、名称、医生/助产士姓名				健康保险的种类	①社保 ②国保 ③以上均不是

*在您怀孕后，您所居住的市（町村）保健中心、育儿世代统括支援中心将为您提供怀孕、分娩、育儿相关的支援。

为了更好地提供支援，请您务必填写以下和背面的信息，我们将对此信息严格保密。

1 现在的怀孕过程顺利吗？	①顺利 ②不顺利 (理由:)
2 您迄今为止有过分娩经历吗？	①第一次 ②有分娩经历 (分娩次数: 次)
3 有过流产、早产等经历吗？	①无 ②有 (流产 次 / 早产 次 / 死产 次 / 人工流产 次)
4 本次怀孕是否经过不孕不育治疗？	①是 (有无补助: ⑦.有 ⑧.准备申请 ⑨.无) ②否
5 当您这次知道自己怀孕时，是怎么样的心情呢？	①很开心 ②意料之外，但也很开心 ③意料之外，因此不知道该怎么办 ④很为难 ⑤没什么特别的感受 ⑥其他 (具体来说是:)
6 您有计划回家乡吗？	①无 ②未定 ③有 (回父母家 (的父母家) / 父母家以外) ⇒返乡时的住址 () 返乡时的联系方式 ()- - 返乡时期 (从 至)
7 怀孕期间有计划搬家吗？	①有 (新家所在地:) ②无 ⇒大概什么时候搬家? ()
8 当您遇到困难时，有能求助的人吗？	①无 ②有 (人数: 人) ⇒⑦.丈夫/伴侣 ⑧.父母 ⑨.兄弟姐妹 ⑩.朋友 ⑪.其他 ()
9 您现在是否有感到困扰、烦恼、担心的事情呢？	①无 ②有⇒⑦.关于怀孕和分娩 ⑧.关于经济方面 ⑨.关于自己身体方面 ⑩.关于和丈夫/伴侣的关系 ⑪.关于和家人的关系 ⑫.关于育儿的方法 ⑬.其他 ()
10 您是否抽烟？	①是 (根/天) ②怀孕后戒烟了 ③否
11 您的丈夫/伴侣以及同居家人是否抽烟？	①是 ②得知我怀孕后戒烟了 ③否
12 您是否喝酒？	①是 (次/周) ②怀孕后戒酒了 ③否
13 您是否有过下列或其他病史、或正在治疗中的病患？	①无 ②有⇒病名: 心脏病 / 高血压 / 慢性肾炎 / 糖尿病 / 肝炎 / 心理疾病 (抑郁症等) / 其他 () 什么时候得病: (年) / 正在治疗中 / 已痊愈 是否曾经/正在定期去医院治疗 医疗机构名称 () 有无口服药? (⑦.正在服用 (药名:) ⑧.无)
14 在这一年里，是否曾出现失眠、烦躁、容易流泪、做事提不起精神/没有干劲等症状，并持续两周以上？	①有⇒⑦.失眠 ⑧.烦躁 ⑨.容易流泪 ⑩.做事提不起精神/没有干劲 ⑪.其他 () ②无

◎此信息表上填写的所有内容，除了支援您的怀孕、分娩、育儿过程以外，为推进所居住市（町村）以及岐阜县的母子保健措施政策，还会用于统计分析或有可能将信息提供至岐阜县。届时将进行匿名处理，并不会特定个人。经统计分析后的结果也将公开。
◎在提交此信息表后，保健师等相关人员可能会联系您。
◎母子手账交付可能需要时间，如需提早，请向各市（町村）咨询。

我同意为了支援怀孕、分娩、育儿过程，将妊娠信息表、调查问卷的内容，提供至接受孕检的医疗机构、负责分娩的医疗机构、所居住的市（町村）、以及其他必要的相关机构。

签名

印

※签名或盖章