

□ マタニティカード（妊娠届出書） □

※ 法律により（母子保健法）親子健康手帳の交付には、マイナンバーの確認が義務付けられています 提出へのご協力をお願いします

* 個人情報については保健指導や統計情報（個人が特定されない内容）として利用します。

親子手帳番号 20 — (他市町村番号 47 - -) (新規 ・ 転入 → 県内 ・ 県外)

ふりがな				職業	婚姻状況	
妊婦氏名		(S・H 年 月 日生 歳)			婚姻している ・ 婚姻していない 婚姻予定 (月頃)	
ふりがな				職業		
夫 (パートナー) 氏名		(S・H 年 月 日生 歳)				
住所		読谷村字		連絡先 (携帯電話)		
妊 娠 に 関 し て	出産予定日	R 年 月 日	受診施設名			
	現在の週数	週		医師（助産師）氏名		
	性病に関する健康診断	受けた ・ 受けていない		分娩予定施設 (上記と違う場合)		
	結核に関する健康診断 (レントゲン検査)	受けた ・ 受けていない		県外への里帰り	無 ・ 有 (都道府県) (有の場合、別途手続きが必要です)	
	身長・体重	身長 (cm)	妊娠前の体重 (kg)	現在の体重 (kg)	BMI ()	
	妊娠歴 (今回含めず)	回	早産 回	流産 回	死産 回	中絶 回
	今までの妊娠経過 の気付き	無 ・ 有	前回妊娠時の体重増加量 (+ kg) 貧血 ・ 妊娠高血圧症候群 ・ 妊娠糖尿病 ・ 常位胎盤早期剥離 ・ 切迫早産 その他 ()			
出 産 に 関 し て	子どもの 年齢	出生週数	出生体重	分娩状況		保育園名など (認可保育所は手続きがあります)
	第1子 歳	週	g	自然分娩 / 帝王切開 (予定 ・ 緊急)		
	第2子 歳	週	g	自然分娩 / 帝王切開 (予定 ・ 緊急)		
	第3子 歳	週	g	自然分娩 / 帝王切開 (予定 ・ 緊急)		
	第4子 歳	週	g	自然分娩 / 帝王切開 (予定 ・ 緊急)		
既 往 歴	今までにかかった病気 ・ 治療中の病気		無 ・ 有	高血圧 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 貧血 ・ 不妊治療 うつ病 ・ 統合失調症 ・ パニック障害 ・ 婦人科系疾患 その他 () →いつごろですか () 年前 ・ 現在治療中 お薬の使用: 無 ・ 有 (高血圧薬 ・ 糖尿病薬 ・ 睡眠導入剤 ・ 安定剤) (市販薬含む) その他 ()		
	血のつながった家族の 既往歴・現病歴		無 ・ 有	高血圧 ・ 糖尿病 ・ うつ病等 () ・ その他 () →誰ですか : 実父 ・ 実母 ・ 兄弟姉妹		
生 活 習 慣	喫煙習慣 (本人)		無 ・ 妊娠してやめた	有 (本/日)		
	喫煙習慣 (夫・同居家族)		無 ・ 妊娠してやめた	有 (本/日)		
	飲酒習慣 (本人)		無 ・ 妊娠してやめた	有 (たまに飲む ・ 毎日飲む →量は?)		

※ 裏面もご記入をお願いします

生活リズム（時間）をご記入ください。

例)

起床	朝食	出勤	昼食	帰宅	夕食	就寝
6:30	7:30	8:00	12:00	19:00	20:00	22:00
		← 仕事 →				

起床

就寝

【 妊娠・育児に関するアンケート 】 (あてはまるものに○をつけてください)

1	妊娠がわかった時の気持ち	うれしい ・ 予想外だがうれしい ・ 複雑な感じ ・ 困った ・ その他 ()
2	妊娠を告げた時の夫（パートナー）の反応	喜んでた ・ どちらかという喜んでた ・ どちらかという困っていた その他 ()
3	あなた自身が産まれた時の状況について	特に問題なし ・ 低出生体重 (2500g 未満) ・ その他 ()
4	現在の体調はどうですか (つわり等)	良好 ・ まあまあいい ・ 悪い ・ 大変悪い
5	いらいらしたり落ち込むことがありますか	ほとんどない ・ たまにある ・ よくある
6	妊娠中の体重増加についてどう思いますか (複数回答可)	適正に体重を増やしたい ・ あまり増やしたくない ・ どのくらい増えたらいいかわからない
7	妊娠のころから産後、育児などに協力してくれる人はいますか	いない ・ いる 誰が： 夫、パートナー ・ 実父母 ・ 義父母 ・ 兄弟姉妹 ・ 友人 その他 ()
8	不安な時に相談できる人はいますか	いない ・ いる 誰が： 夫、パートナー ・ 実父母 ・ 義父母 ・ 兄弟姉妹 ・ 友人 その他 ()
9	負担に感じていることはありますか	無 ・ 有 どんなこと： 仕事 ・ 家事 ・ 育児 その他 ()
10	現在困っていること、悩んでいることはありますか	無 ・ 有 妊娠、出産について ・ 自分の体の事 ・ 夫、パートナーのこと ・ 家族関係のこと ・ 育児について ・ 経済的なこと ・ その他 ()

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、産婦健康診査受診状況、産後ケア利用状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

本人申請の場合	令和 年 月 日
	読谷村長様 <input type="checkbox"/> 「母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票・産婦健康診査受診票」「出産応援給付金」の申請関係書類を受け取りました。 妊婦氏名：
代理人申請の場合	令和 年 月 日
	読谷村長様 <input type="checkbox"/> 「母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票・産婦健康診査受診票」を受け取りました。 <input type="checkbox"/> 「出産応援給付金」の申請関係書類の受取は、後日妊婦本人との面談が必要であることを承しました。 代理人氏名： (妊婦との関係：)
	[面談後記入] 令和 年 月 日 読谷村長様 <input type="checkbox"/> 「出産応援給付金」の申請関係書類を受け取りました。 妊婦氏名：

役場記入欄

【栄養相談】即日 ・ 後日調整() ・ 希望無し 【受付/地区担当】 (/) PC入力 () 【引継ぎ】 有 ・ 無

身分確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード 無	本人確認 (顔写真付)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート
			マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> マイナンバーが記載された住民票

[代理交付] 注意：発行できるのは同一世帯または血縁関係者のみです(ex同居人不可) 代理交付の際は下記すべての項目の該当が必要です

同一世帯の方： 代理人の方の身分が確認できるもの 妊婦本人の身分証明書(コピー可)

同一世帯以外： 委任状 代理人の方の身分が確認できるもの 妊婦本人の身分証明書(コピー可)

妊婦本人のマイナンバーカードまたは通知カード、マイナンバーが記載された住民票