

□ マタニティカード (妊娠届出書) □

* 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 (生年月日)		S・H 年 月 日 (歳)		婚姻している・婚姻していない 婚姻予定 (月頃)		
夫(パートナー)氏名 (生年月日)		S・H 年 月 日 (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)	
	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 の気かり	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	子供の年齢	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)		
	第5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 ()		
家族歴	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?)			
上記のとおり届出いたします。				R 年 月 日		
読谷村長様				妊婦氏名:		
				代理人氏名: (妊婦との関係:)		

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	喜んでいた ・ どちらかという喜んでいた ・ 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	どんなこと： 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（ ）

※ 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

【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