

妊 娠 届

個人番号は母子保健法及び行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき利用し、それ以外の目的で利用することはありません。

フリガナ											昭和・平成	年	月	日	年 齢	
妊 婦 氏 名											生年 月日					
個人番号																
住 所											電話 番号	(自宅) (携帯)		職 業		
夫 の 氏 名											夫の職業			夫の年齢		
診察時妊娠週数	週 (か月)					出産予定日	令和	年	月	日						
既往出産回数	生 産	回	早 産	回	死 産	回	流 産	回								
出産予定病院 施 設 名											母子健康手帳 No.					
上記の通りお届けいたします。																
令和 年 月 日																
柳津町長 殿																
妊婦氏名 _____ (印)																

妊娠・出産に関するアンケート

健やかに出産・子育てができるよう、保健師がお手伝いをする参考にさせていただきたいので、次の質問に回答をお願いします。なお、ご記入いただいた内容は、個人情報として取り扱い、プライバシーの保護をします。

妊娠前の身長・体重を教えてください。	() cm () kg
血のつながったご家族で当てはまる病気の方がいれば○をつけてください。	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病
(これまで妊娠・出産の経験のある方) 前回の妊娠・出産で当てはまるものに○をつけてください。	尿蛋白 ・ 尿糖 ・ 浮腫 ・ 妊娠高血圧 ・ 妊娠糖尿病 その他 ()

ご回答ありがとうございました。
妊婦健診の結果で異常があった場合や、産休に入った時に、保健師から連絡することがありますので、よろしくをお願いします。