交付ＮＯ 　　　　　　　　　　　　妊　娠　届　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 平成　　　　　　（　　　）歳昭和　　　　　年　　月　　日生 | 職業 |
| 住所　　八百津町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自治会 |
| 電話（自宅）　　　　　　－　　　　　　　　　　（携帯） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　妊娠歴 |  | 名前 | 生年月日 | 性別 | 出生体重 | 妊娠経過と健康状態 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成 | 名　前 | 生年月日 | 職業 | 健康状態 |
| 世帯主 |  |  |  |  |
| 夫 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

〔今回の妊娠について教えてください〕

◇現在の週数　〔　　　　　週〕　　　◇分娩予定日　　〔平成　　　　年　　　月　　　日〕

◇受診医療機関　〔　　　　　　　　　　　　〕

◇分娩医療機関　〔　　　　　　　　　　　　〕

◇つわりの有無　　　　　　　〔　　あり（軽い・ふつう・重い）　　・　　　なし　　　〕

◇飲酒しますか　　　　　　　〔　　　　　　　　　はい　　・　　いいえ　　　　　 　 〕

◇喫煙しますか　　　　　　　〔　　　　　　　　　はい　　・　　いいえ　　　　　　　〕

◇家族に喫煙者がいますか　 〔　 はい　 ・　 いいえ　 〕

◇産後、母乳育児をしようと思っていますか？　　　　〔　　　はい　　・　　いいえ　　　〕

◇今までに貧血と言われたことはありますか？　　　　〔　　　はい　　・　　いいえ　　　〕

※八百津町では生後２ヶ月頃に乳児訪問をしています。里帰り出産をされる方はご記入ください。

 　里帰り予定期間　　〔　　　　　年　　　　　月頃まで〕

◇マタニティスクール受講希望　マタニティスクール１　　　　　　あり　　・　　なし

　　　　　　　　　　　　　　 マタニティスクール２　　　　　　あり　　・　　なし

プレママくらぶ　　　　　　　　　あり　　・　　なし

保健センター控え

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 予定日 |

受診票　発券Ｎｏ

|  |  |
| --- | --- |
| 初回①  | 超音波②　　　　　　④　　　　　　　⑧　　　　　　　　⑫  |
| 基本③　　　　 　　⑤　　　 　　　⑥　　　 　　　⑨　　　 　　　⑬　　 　　　　⑭　　 　　　 |
| 血算・血糖⑦　　　　　 | ＧＢＳ⑩　　　　　 | 血算⑪　　　　　 |