

交付NO _____

妊 娠 届

年 月 日

氏名		平成 () 歳		職業		
個人番号		昭和 年 月 日生				
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				

様式第 1 号

〔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 〔 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 〕

◇産後、母乳育児をしようと思っていますか？ 〔 はい ・ いいえ 〕

◇出産に向けて、今のお気持ちはいかがですか？

・ 楽しみなこと、やってみたいこと 〔 〕

・ 知りたいこと、気になること（赤ちゃんや上のお子さん、ご家族、仕事、保育園、経済面、住まい、環境など）

〔 〕

※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〕

里帰り先住所 〔 〕

◇マタニティスクール受講希望 マタニティスクール あり ・ なし

パパママ教室 あり ・ なし