交付NO_____

妊　娠　届

年　　月　　日

氏名	平成　　（　　）歳 昭和　　年　　月　　日生	職業
個人番号		
住所　　八百津町		自治会
電話（自宅）　　ー	（携帯）	

		名前	生年月日	性別	出生体重	妊娠経過と健康状態
妊娠歴	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　〔　　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〕

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