

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				

〔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
プレママくらぶ	あり	・	なし