

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 |