

発行にはマイナンバーの記入が必要です。
「マイナンバーが確認できるもの」及び
「本人確認ができるもの」をご持参ください。

母子手帳番号 M・H・K・D

母子手帳別冊番号

妊娠届出書兼母子健康手帳・別冊交付申請書

三原市長様

届出年月日 年 月 日

母子保健法第15条の規定に基づき次のとおり妊娠の届出をし、母子健康手帳及び別冊の交付を申し出ます。

(ふりがな)		生年月日	年齢
妊婦氏名		S・H 年 月 日	
	※マイナンバー(12桁)		
居住地	(〒 -) 三原市	連絡先	()
分娩予定日	令和 年 月 日		
妊娠週数	現在 週 (か月)		
妊娠の診察を受けた医療機関・助産所名及び診察した医師の名前	●医療機関・助産所名： ●医師の名前：		※医療機関 記入日 年 月 日
妊娠の事実(胎児心拍)を確認した日	令和 年 月 日		
(本人記入欄)	性病に関する健診を受けましたか。	1, はい 2, いいえ	1年以内に結核に関する健診(胸部X線)を受けましたか。 1, はい 2, いいえ

◎ 番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写真つき)	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> マイナンバーつき住民票	
◎ 本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(写真つき)	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 各種手帳
	<input type="checkbox"/> 在留カード又は特別永住証明書	<input type="checkbox"/> 各種健康保険証	<input type="checkbox"/> 国民年金手帳	
	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書			
	<input type="checkbox"/> その他()			

■申請場所:

すくすく三原(三原市こども安心課:三原市役所 2F)0848-67-6061・すくすく本郷(本郷保健福祉センター) 0848-86-3609
すくすく久井(久井保健福祉センター)0847-32-8551 ・すくすく大和(大和保健福祉センター) 0847-34-0960

■申請時間:平日8:30~17:15

※本郷・久井・大和の各センターへ申請される場合は、不在にしていることもありますので、あらかじめ各センターにご連絡ください。

- ◎「妊娠の診察を受けた医療機関名」を本人が記入した場合は、妊娠を証明するもの(超音波写真等)をご持参ください。
- ◎母子健康手帳・母子健康手帳別冊は、三原市に住所がある方に交付します。
- ◎妊娠届出時、面談をさせていただきます。30分程度要しますので、お時間に余裕をもってお越しください。
- ◎この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外に、母子保健施策の推進のために、広島県に情報を提供することがあります。その場合には統計処理が行われ、個人が特定されることは決してありません。また、統計結果は公表する場合があります。
- ◎この届出書によって、地区担当保健師等がご様子をうかがう場合があります。
代理申請の場合は、後日妊婦本人に連絡します。
- ◎ご出産後は、保健師・助産師等が訪問し、育児相談を実施します。

窓口に来られた方 ※ 妊婦本人以外の方が来られた場合にご記入ください。

氏名	住所 (〒 -)
続柄()	

免・保
その他()

*あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守られますので、裏面についてもご記入をお願いします。

妊婦	(ふりがな)	生年月日	職業	健康保険
	氏名	S 年 月 日 H (歳)		国保・社保 共済・その他
	携帯番号 () - ()	その他の連絡先 () ()		-
	同居家族 夫・パートナー (入籍予定:有・無・未定) 子(歳 所属先:) 子(歳 所属先:) その他()	妊娠・出産回数	今回の妊娠を含めない 妊娠回数(回)・出産回数(回)	
		不妊治療	無・有(補助申請 済・未)	
パートナー	(ふりがな)	生年月日	職業	健康保険
	氏名	S 年 月 日 H (歳)		国保・社保 共済・その他

1	現在、あなたはタバコを吸いますか。	1 はい (本/日)	2 妊娠してやめた	3 いいえ
2	現在、夫(パートナー)や同居家族で、タバコを吸っている方はいますか。	1 はい (誰ですか)		2 いいえ
3	現在、お酒を飲んでますか。	1 はい (回/週)	2 妊娠してやめた	3 いいえ
4	今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか？	1 なし 2 あり⇒病名:心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎 その他() *それはいつ頃からですか:(年頃) *治療状況はいかがですか:(現在治療中・治療終了・治療中断) *かかりつけ医()		
5	精神科受診歴はありますか。	1 ない 2 以前にあった (治療終了・治療中断) 3 現在通院している 【病名】 【かかりつけ医】		
	利用している制度があれば○をつけてください	→*自立支援医療 *手帳(身体・療育・精神)		
6	今回の妊娠が分かった時、ご自身はどんな気持ちでしたか。	1 うれしかった 2 予想外だが、うれしかった 3 予想外でとまどった・困った・なんとも思わない		
7	妊娠を知った時、夫(パートナー)はどんな様子でしたか。	1 うれしそうだった 2 戸惑っていた 3 困っていた 4 その他(内容:)		
8	夫(パートナー)との関係に満足していますか。	1 満足している 2 あまり満足していない 3 まったく満足していない		
9	自分の親との関係に満足していますか。	1 満足している 2 あまり満足していない 3 まったく満足していない		
10	本当に困ったときに、相談できる人はいますか。	1 何人かいる 2 一人いる 3 一人もいない		
11	産前産後に、サポートしてくれる人がいますか。	1 いる(主にどなたですか) 2 いない		
12	出産後は、どこで過ごす予定ですか。	1 自宅 2 自宅以外()		
13	経済的なゆとりはありますか。	1 ある 2 あまりない 3 ほとんどない		
14	これまで仕事や住む場所を、頻繁に変えていますか。(転勤を除く)	1 いいえ 2 ときどき変わる 3 よく変わる		
15	対人関係でうまくいかなくなって、困ったことがありますか。	1 ほとんどない 2 ときどきある 3 よくある		
	*健やかに出産を迎え、安心して育児を行うことができるよう、妊娠届出書の内容等について市が医療機関や関係機関と情報共有することについて同意します。	(自署) 		

スタッフ記入欄

(処理者)	(日付)	M H K D -	別冊番号
現在受診している産科医療機関	出産予定医療機関		
居住地	(妊娠中・産後に引越す予定の引越し先:)		□給付金 (□転入前受給済み)
予定日	R 年 月 日	(備考)	



□ 電話 □ 訪問