

柏市長宛
2025年度 妊娠届出書
太枠内を全て記入してください。(裏面もあります)

別冊番号
No. 双 No. 発行場所：T・U・沼・本
時間： 時 分～ 時 分

妊婦マイナンバー（個人番号） No.				届出日： 令和 年 月 日				地域名			
届出者氏名： 続柄（ ）（ ）											
ふりがな				国籍		日本 その他（ ）		生年月日		昭和 平成 年 月 日（ 歳）	
妊婦氏名		※入籍予定の方：新姓（ ）				職業		主婦・会社員・公務員・自営業 パート・学生・無職・その他（ ）			
※外国人 のかたへ		Q.日常会話について当てはまるものに○をつけてください。 1 日本語 2 日本語とその他（ ）語 3 その他（ ）語のみ									
住所 マンション・アパート名 もご記入下さい		柏市				居住地		(住所と異なる場合のみ記入)			
電話番号		携帯： 自宅：		婚姻 状況		☐ 入籍済み ☐ 今後入籍予定（ 年 月頃） ☐ 入籍予定なし ☐ 未定					
ふりがな		世帯主		続柄 本人・夫 パートナー・その他		生年月日		昭和 平成 年 月 日（ 歳）			
電話番号		携帯：				職業		主婦・会社員・公務員・自営業 パート・学生・無職・その他（ ）			
ふりがな		子の父親		続柄 本人・夫 パートナー・その他		生年月日		昭和 平成 年 月 日（ 歳）			
電話番号		携帯：				職業		会社員・公務員・自営業 パート・学生・無職・その他（ ）			
出産予定日		令和 年 月 日		妊娠週数		週		分娩予定 施設名		〔 都 道 府 県 〕	
妊娠経験		回目		流産 回・死産 回・中絶 回		過去の 分娩状況		異常なし・早産・帝王切開・その他（ ）			
出産経験		無 ・ 有（ 回）				現在お子さん は何人ですか		人（ 歳）			
里帰り出産		無 ・ 有 ・ 未定		里帰り先 住所		〒		様方			
診断を受けた 医療機関		(施設名)		(住所)		(医師または助産師名)					
健康診断		(今回の妊娠がわかってから) 性病に関する血液検査 : 受けた ・ 受けていない									
		(今回の届出の1年以内) 結核に関する胸部レントゲン検査 : 受けた ・ 受けていない									
現在 もしくは これまでに かかったご病気 (有の方のみ お答え下さい)		無 ・ 有		① 結核 ② 高血圧 ③ 糖尿病 ④ 心臓病 ⑤ 腎臓病 ⑥ 甲状腺機能障害 ⑦ てんかん ⑧ 婦人科疾患 (子宮内膜症・子宮筋腫・卵巣嚢腫・その他()) ⑨ その他 () ____ : ①治療終了⇒(年前) ②受診中 ⇒(受診間隔: 回/ 週・月・年, 服薬: 有・無) ③治療自己中断⇒(年前) ____ : ①治療終了⇒(年前) ②受診中 ⇒(受診間隔: 回/ 週・月・年, 服薬: 有・無) ③治療自己中断⇒(年前) 上記かかりつけ医療機関名: ____) ____)							
これまでに 精神科医師、 心療内科医師 などに 相談したこと		無 ・ 有		(有の方のみお答えください) ① うつ病 ② 双極性障害 ③ 不安障害 ④ パニック障害 ⑤ 適応障害 ⑥ 診断名無 ⑦ その他() ____ : ①治療終了⇒(年前) ②受診中 ⇒(受診間隔: 回/ 週・月・年, 服薬: 有・無) ③治療自己中断⇒(年前) ____ : ①治療終了⇒(年前) ②受診中 ⇒(受診間隔: 回/ 週・月・年, 服薬: 有・無) ③治療自己中断⇒(年前) 上記かかりつけ医療機関名: ____) ____)							
こころの健康チェック											
① 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？ 1 はい 2 いいえ											
② 過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？ 1 はい 2 いいえ											
③ 過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じるがありましたか？ 0 全くない 1 数日 2 半分以上 3 ほとんど毎日(どんなことで)											
④ 過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することをやめられない、または心配をコントロールできないようなことがありましたか？ 0 全くない 1 数日 2 半分以上 3 ほとんど毎日(どんなことで)											

妊娠おめでとうございます。

柏市では妊娠届出時に、妊娠子育て中のお母さん・ご家族を支援するために『妊婦支援給付金事業』を実施しています。つきましては、以下のアンケートへの回答にご協力ください。

なお、妊娠届出書やアンケートの内容について、子育て支援関係機関・医療機関等と共有させていただく場合があります。

また、保健師・助産師が産前産後のご様子を伺うために電話連絡をさせていただく場合がありますのでご了承のほどお願い申し上げます。

妊婦給付支援金は妊婦給付認定者に支給されます。認定の申請を希望する場合は以下にレ点をご記入ください。

☐ 医療機関において胎児心拍の確認がされた

☐ 妊婦給付認定の申請をします

私（届出者）は上記の内容『妊婦支援給付金事業』について同意しました。

サイン（届出者）： _____

※今回の妊娠についてお尋ねします。

① Q.自然妊娠ですか？（差し支えなければご記入ください。）	Q.今のあなた（妊婦本人）の体調はどうですか？ （複数回答可）
1 はい	1 良好
2 いいえ	2 イライラする
② Q.妊娠を知ったときの気持ちはいかがでしたか？	④ 3 疲れやすい
1 うれしかった	4 よく眠れない
2 予想外だがうれしかった	5 つわり、気分が悪い
③ 3 予想外だったので戸惑った	6 その他()
4 困った	Q.心配事や困り事など、保健師へ相談したいことありますか？ （複数回答可）
5 特になんとも思わなかった	1 妊娠中の身体のこと
6 その他()	2 現在、経済的に困っている(生活保護・市民税非課税・その他)
③ Q.相談できる人、サポートする人はいますか？	⑤ 3 夫・パートナーとの関係
1 いる	4 出産や育児のこと
2 いなし	5 特になし
1 夫・パートナー	6 その他()
2 自分の親〔居住地： 〕	
3 夫・パートナーの親〔居住地： 〕	
4 兄弟姉妹	
5 友人	
6 その他()	
⑥ 喫煙経験	
1. なし 2. 妊娠してから禁煙 3. 喫煙している(本/日) 4. 以前喫煙していたが現在はやめた(年前)	
⑦ 家族の喫煙状況	
1. なし 2. いる(夫・パートナー・その他：)	
⑧ 飲酒状況	
1. 飲まない 2. 妊娠してから禁酒 3. 飲んでいる(週に〔 〕日・種類〔 〕・量〔 〕)	

【窓口職員記入欄】

来所者	☐ 本人 ☐ 夫・パートナー ☐ 子(子) ☐ 実母 ☐ 義母	サポート	☐ 無し ☐ 有り(誰)		
事業手続きの案内 (該当する場合のみ)	☐ 情報提供：さわかサービス / ファミリーサポート / 産後ケア / ママパパ / 低所得 / その他()				
	☐ 償還払いの説明：実施 / 未実施 委任状TEL説明：実施 / 未実施 (必要時) 当課TEL説明：実施 / 未実施				
妊婦支援給付金	【後日面談日】 月 日 : (済・不在) 対応者： 月 日 : (済・不在) 対応者： 【申請書】 ☐ 窓口交付 ・ ☐ 後日 → 月 日 : (済・不在) 対応者： 【送付日】 月 日 送付者： (☐ かるて・台帳入力)				
確認	住基 代理人来所 (本人以外)	有 ・ 無 ☐ 委任状 ☐ 本人記入持参	本人確認 番号確認 身元確認	☐ 住民票 ☐ 通知カード ☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ パスポート ☐ 在留カード(永住・定住・配偶者・その他) ☐ その他()	☐ 個人番号カード
母子手帳(外国籍の方)	日本・外国(語)				

自由記載