

母子健康手帳番号 第 2025 — 号 妊娠届出 年 月 日 (妊娠満 週)											
妊娠週（月）数	満 週（第 月） (出産予定日 年 月 日)										
胎児心拍の確認	<input type="checkbox"/> 確認した <input type="checkbox"/> 確認していない										
妊娠後の検査	梅毒検査 <input type="checkbox"/> うけない <input type="checkbox"/> うけた 結核検診 <input type="checkbox"/> うけない <input type="checkbox"/> うけた										
妊娠の診察	<input type="checkbox"/> うけた <input type="checkbox"/> うけない 受けた医師または助産師の氏名										
妊婦健診受診 医療機関	医療機関名										
	所 在 地										
妊婦	ふりがな							生年月日		年齢	職業
	氏名							年 月 日			
	マイナンバー									こくせき 国籍 nationality	
	住所	豊岡市									
	電話番号 携帯（ — — ） 自宅（ — — ）										
配偶者 (パートナー)	ふりがな							生年月日		年齢	職業
	氏名							年 月 日			
	住所	<input type="checkbox"/> 妊婦と同じ（記載不要） 豊岡市									
	電話番号 携帯（ — — ）										
出産予定 医療機関	<input type="checkbox"/> 妊婦健診医療機関と同じ（記載不要） 医療機関名 所 在 地										
今までの 妊娠について	<今回の妊娠は>		<過去の妊娠・出産歴>								
	・初回		出産 回／低出生体重児（2500g未満）の出産 回								
	・第 回目		早産 回・流産 回・死産 回・中絶 回								
	今までに妊娠高血圧症候群にかかったことが ない ・ ある（ 回）										
今までに生まれた子どもの人数 健在 人 ・ 死亡 人											
その他連絡 したいこと											
●妊娠届出書および訪問連絡票・裏面アンケートの内容は、豊岡市で管理し、健康・生活支援以外の目的では使用しません。 なお、マイナンバーについては、番号法に基づく事務に限り使用します。											
(宛先) 豊岡市長											
年 月 日 上記のとおり、届け出ます。											
届出人氏名 住 所											
氏 名											

訪 問 連 絡 票

※太枠内・両面にご記入ください

妊婦氏名	ふりがな 氏名		
	生年月日	年	月 日生 (歳)
	電話番号	自 宅 (— —)
		携 帯 (— —)
	連絡のとれる時間帯 ()		
住所	豊岡市 国籍 nationality		
出産予定日	年 月 日		

【既往歴】

治療中の病気や過去にかかった病気・手術歴がありますか

また、こころの不調で医療機関・心療内科・精神科に相談したり、

学校や職場に行きづらくなったことはありますか

年齢	病名	治療状況
例) 幼少期	小児ぜんそく	通院・内服して完治
例) 15歳	人間関係に悩み不登校	進学により登校開始
例) 25歳	うつ・不安神経症、自律神経失調症	通院・内服中
例) 26歳	子宮筋腫・PMS症候群	手術・内服中
歳		
歳		
歳		
歳		
今までの 病気について	結核にかかったことが	ない ・ ある
	糖尿病にかかったことが	ない ・ ある
	手術などで輸血をしたことが	ない ・ ある (歳ごろ)

※裏面アンケートの記入をお願いします。

<妊婦訪問記録>

年 月 日 訪問 (妊娠満 週・第 回目)			
<div>1. 再訪問の必要なし 2. 要再訪問 3. 要医師診察</div>			
助産師名		妊婦のサイン	

1. 今回の妊娠・出産について

1) 妊娠がわかったときの気持ちで一番近い気持ちはどれですか

☐ うれしかった ☐ 驚いたがうれしかった ☐ 予想外で戸惑った
☐ 出産を迷っている ☐ 特になにも思わなかった ☐ その他（ ）

2) 現在までの妊娠経過はいかがですか

☐ 正常 ☐ 重症のつわり（点滴や入院等） ☐ 初期出血 ☐ 絨毛膜下血種
☐ 妊娠高血圧症候群 ☐ 貧血 ☐ 習慣性流産のおそれ ☐ 切迫早産のおそれ
☐ その他（ ）

2. 妊娠中や産後に相談できる人はいますか

いいえ・はい ⇒ 夫・実父・実母・義父・義母・兄弟姉妹・友人・その他（ ）

3. 産後、育児に協力してくれる人はいますか

いいえ・はい ⇒ 夫・実父・実母・義父・義母・兄弟姉妹・友人・その他（ ）

4. 里帰り出産もしくは、産後に実家へ里帰りをする予定がありますか

いいえ ・ は い ⇒ （里帰り先住所： ）様方)

5. 妊娠中に市外に転出する予定はありますか

いいえ ・ は い ⇒ （転出先： ）（時期： 年 月 日頃)

6. 現在、心配なことがありますか

いいえ・はい ⇒ ☐ ご自身の身体面のこと ☐ ご自身の精神面のこと ☐ 妊娠経過について
☐ お腹の赤ちゃんのこと ☐ 出産について ☐ 出産後の生活について
☐ 上の子の育児について ☐ 夫(パートナー)との関係 ☐ 仕事について
☐ 経済的に苦しい ☐ その他（ ）

7. お子さんの入園希望はありますか ※おおよその目安で構いません

いいえ ・ はい ⇒ 入園希望時期 未定 ・ 年 月頃
母) 育休期間 未定 ・ 年 月頃まで ・ 退職予定（ 月頃)
父・パートナー) 育休期間 未定 ・ 年 月頃まで ・ 退職予定（ 月頃)

8. たばこを吸っていますか

妊婦本人) 妊娠前（ ）本／日 ・ 吸わない 現在（ ）本／日 ・ 吸わない
同居家族) 妊娠前（ ）本／日 ・ 吸わない 現在（ ）本／日 ・ 吸わない

9. アルコール類を飲みますか

妊婦本人) 妊娠前：1日量（何を ）（量 本・合／日） ・ 飲まない
現 在：1日量（何を ）（量 本・合／日） ・ 飲まない

10. 妊娠中期・後期に家庭訪問にて乳頭ケアや出産準備の相談、産後の生活の相談を行うことができます

家庭訪問を希望しますか 希望する ・ 希望しない