

妊婦	妊婦：個人番号（マイナンバー）			
	（ふりがな）		生年月日 / 年齢	職業
	氏 名		年 月 日（ ）歳	
夫 （パートナー）	（ふりがな）		生年月日 / 年齢	職業
	氏 名		年 月 日（ ）歳	
居住地	京田辺市			
電話番号	【妊婦】（ ） -		【夫（パートナー）】（ ） -	
連絡可能な 時 間 帯	妊婦：（平日の） 日中 ・ 夕方（ ） 時頃～			
妊 娠 週 数	満 週（ か月） ①単胎 ②多胎（ 胎）		妊 娠 出産歴	妊 娠 回 目
分娩予定日	年 月 日			現 在 子 ども は（ ） 人
妊婦健診受診予定の病院・産院 里帰り受診の有無		医療機関等名称：妊婦健診 → 出 産 → 里帰り： なし ・ あり（ ） 都・道・府・県 市・区		

◆妊産婦健康診査・妊婦歯科健康診査・新生児聴覚検査・アンケートにおける個人情報の取り扱いについて（事前確認書）

下記の内容について、ご了承いただき、自署願います。また、裏面のアンケートをご記入ください。

この健診および聴覚検査は、母子保健法第13条等に基づき、京田辺市が公費で負担し実施する健診・検査です。個人情報の取り扱いについては、本市の個人情報保護条例を遵守しています。また、よりよい健診・検査の提供、また妊娠時から必要な支援の実施ができるように次のことを行います。

- ①健診結果（精密検査結果やその後の状況調査含む）は受診医療機関・本市が保管します。
- ②必要に応じて医療機関や受診者本人に受診状況を問い合わせることがあります。
- ③裏面の妊娠届出時アンケートは、妊婦さんと赤ちゃんの健康管理等に役立てるための参考とさせていただくものです。
秘密は厳守しますので、裏面についてもご記入をお願いします。
- ④今後よりよい健康管理や健診、支援体制の整備のために、本市は個人が特定されない形で結果を京都府や国等に報告、また統計処理を行い公表することがあります。

※私は上記の内容について同意し、京田辺市が実施する妊産婦健康診査・妊婦歯科健康診査を受診し、
また妊娠届出時アンケートの記入をします。

妊婦氏名

※以下担当者記入（面接者： ）

【個人番号確認】		※番号確認ができなかった場合（後日（おおむね1か月後までに）番号確認書類を提示⇒		月	日	確認
番号確認		☐ 個人番号カード（※本人確認書類は不要） ☐ 個人番号が記載された住民票				
本人確認		顔写真つきの公的な証明書 1点 ： ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳等 ☐ その他（ ） 顔写真つきでない公的な証明書 2点 ： ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他（ ）				
【宛名番号】：			【受診券番号】：		初回産科受診説明 ☐	
代理人の場合		☐ 委任状（ ） ☐ 代理人の本人確認書類			医療連携同意	有 ・ 無
転入の場合		転入日 年 月 日	妊婦支援給付金 前市での申請（ 有 ・ 無 ）		RS ワクチン（ 有 ・ 無 ） 接種日： 年 月 日	

◆妊娠届出時アンケート◆ あなたのお気持ちや状況についてあてはまるものに ☑ または ○ をしてください。

1. 現在、妊娠は順調ですか。	☐ はい ☐ いいえ (理由: _____)
2. 今回の妊娠がわかった時はどんなお気持ちでしたか。	☐ 嬉しかった ☐ 予想外だったが嬉しかった ☐ 戸惑った ☐ その他 (_____)
3. 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	☐ はい → 不妊治療等助成制度の申請はされましたか ☐ はい ☐ いいえ ☐ 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。	☐ なし ☐ あり → 心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・肝炎・甲状腺の病気 子宮の病気(筋腫・内膜症・_____) こころの病気(_____) その他(_____) それはいつごろですか:(_____頃)・現在は ☐ 治療終了 ☐ 治療中
5. 現在、あなたはタバコを吸いますか。	☐ はい(____本/日) ☐ いいえ ☐ 妊娠してやめた ※「はい」の方 ⇒ タバコをやめたいと思いますか? ☐ はい ☐ いいえ (市から喫煙状況についてお電話させていただくことがあります)
6. 同居家族でタバコを吸っている人はいますか。	☐ はい(どなたですか: _____) ☐ いいえ
7. 現在、アルコールを飲みますか。	☐ はい(時々・____回/週・毎日) ☐ いいえ(もともと飲まない) ☐ 妊娠中は飲まない
8. 妊娠してからイライラしたり怒りやすくなりましたか?	☐ ならない ☐ 少しなった ☐ なりやすい
9. 妊娠してから気分が沈んだり、涙が出ることはありますか?	☐ ない ☐ 少しある ☐ よくある
10. 妊娠してからの睡眠はどうですか?	☐ 眠れる ☐ あまり眠れない ☐ 全く眠れない
11. この1年ほどの間に、家族や親しい人が亡くなったり、あなたや家族、親しい人が重い病気になったり事故にあったことがありましたか?	☐ はい(どなたですか: _____) ☐ いいえ
12. 困ったときに相談できる人や機関はありますか?(複数回答可)	(複数回答可) ☐ 夫(パートナー) ☐ 実母 ☐ 実父 ☐ 義母 ☐ 義父 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 友人 ☐ 近所の人 ☐ 産科医療機関 ☐ 市役所(保健師) ☐ 電話相談 ☐ インターネット ☐ その他(_____)
13. 今、心配なことはありますか。(複数回答可)	(複数回答可) ☐ 妊娠の経過 ☐ 自分自身の健康面 ☐ 夫(パートナー)との関係 ☐ 実父母との関係 ☐ 義父母との関係 ☐ 出産のときのこと ☐ 産後の子育て ☐ 上の子の育児 ☐ 近所・親戚付き合い ☐ 親(家族)の介護について ☐ 仕事と育児の両立について ☐ 住まい、住環境について ☐ その他(_____)
14. あなたが介護しているご家族等がおられますか?	☐ はい(どなたですか: _____) ☐ いいえ
15. 経済的な不安がありますか?	☐ はい ☐ いいえ
16. 赤ちゃんが生まれてからの生活はイメージできますか?	☐ できる ☐ 少しできる ☐ あまりできない ☐ できない
17. 赤ちゃんとの生活を楽しめると思えますか?	☐ 思う ☐ やや思う ☐ あまり思わない ☐ 思わない