

妊婦	妊婦：個人番号（マイナンバー）		生年月日 / 年齢	職業
	(ふりがな)			
	氏名		年 月 日 () 歳	
夫 (パートナー)	夫：個人番号（マイナンバー）		生年月日 / 年齢	職業
	(ふりがな)			
	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 () 月	①単胎 ②多胎 () 胎	妊 娠	妊 娠 回 目
分娩予定日	年 月 日		出産歴	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きます。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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（※本人確認書類は不要） <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	顔写真つきでない公的な証明書 2点： <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【宛名番号】：	転入の場合	転入日：	【受診券番号】：
代理人の場合	<input type="checkbox"/> 委任状 () <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類		医療連携同意 有 ・ 無
出産応援ギフト申請書の配布	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 他市で申請済 ()		初回産科受診説明
	<input type="checkbox"/> 未 → 面談日 (月 日) 面談者 ()		

◆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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外だったが嬉しかった <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> その他 (_____)
3. 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	<input type="checkbox"/> はい → 不妊治療等助成制度の申請はされましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 治療中
5. 現在、あなたはタバコを吸いますか。	<input type="checkbox"/> はい(____本/日) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい(どなたですか: _____) <input type="checkbox"/> いいえ
7. 現在、アルコールを飲みますか。	<input type="checkbox"/> はい(時々・____回/週・毎日) <input type="checkbox"/> いいえ(もともと飲まない) <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ならない <input type="checkbox"/> 少しなった <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> よくある
10. 妊娠してからの睡眠はどうですか?	<input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> あまり眠れない <input type="checkbox"/> 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すか?	<input type="checkbox"/> はい(どなたですか: _____) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 近所の人 <input type="checkbox"/> 産科医療機関 <input type="checkbox"/> 市役所(保健師) <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 妊娠の経過 <input type="checkbox"/> 自分自身の健康面 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)との関係 <input type="checkbox"/> 実父母との関係 <input type="checkbox"/> 義父母との関係 <input type="checkbox"/> 出産のときのこと <input type="checkbox"/> 産後の子育て <input type="checkbox"/> 上の子の育児 <input type="checkbox"/> 近所・親戚付き合い <input type="checkbox"/> 親(家族)の介護について <input type="checkbox"/> 仕事と育児の両立について <input type="checkbox"/> 住まい、住環境について <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> はい(どなたですか: _____) <input type="checkbox"/> いいえ
15. 経済的な不安がありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> あまりできない <input type="checkbox"/> できない
17. 赤ちゃんとの生活を楽しめると思えますか?	<input type="checkbox"/> 思う <input type="checkbox"/> やや思う <input type="checkbox"/> あまり思わない <input type="checkbox"/> 思わない