



妊娠届出時間診表

お子様がすこやかに生まれるためのお手伝いをさせていただくために、次のことにお答えください。 届出日：令和 年 月 日

氏名	生年月日 年 月 日 (現在 才)	地区名	備考	
現在利用している病院 (医院)	・山梨赤十字病院 ・富士吉田市立病院 ・その他 ()			
出産を予定している病院 (医院)	・山梨赤十字病院 ・富士吉田市立病院 ・その他 (・県内 () ・県外 ()) ・未定			
産後帰るところ	1. 自宅 2. 実家 (・町内・町外 ()) 3. 未定			
妊娠	流産 なし・あり (自然 回・人工 回)	死産 なし・あり (回)		
出産歴	なし あり↓		・妊娠高血圧症	
第1子	年 月 日 生まれ () 週 出生時体重 () g 妊娠・出産の異常	無・有 ()	・妊娠糖尿病	
第2子	年 月 日 生まれ () 週 出生時体重 () g 妊娠・出産の異常	無・有 ()	・帝王切開	
第3子	年 月 日 生まれ () 週 出生時体重 () g 妊娠・出産の異常	無・有 ()	・切迫流産 等	
からだの様子	今、身体の具合はいかがですか	・良好 ・具合が悪い (・つわり ・便秘 ・その他)		
	身長： cm 、 体重： kg (妊娠前 kg) BMI：			
	歯の様子はどうか	・虫歯なし ・虫歯あり (・治療中・治療中断・未治療) ・不明		
	これまでにかかった病気や治療していたものに○を付けてください。 ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・腎臓病 ・貧血 ・アレルギー ・不妊症 ・うつ ・その他の精神疾患 () ・その他 () ・なし			入院・通院歴等
	実父母、ご兄弟のなかで高血圧の方はいますか	・いない ・いる (誰)		
	実父母、ご兄弟のなかで糖尿病の方はいますか	・いない ・いる (誰)		
	今回妊娠がわかった時のあなたの気持ちはどうでしたか ・うれしかった ・困ったと思った ・なんともいえない ・特に何も感じなかった ・その他			
	今回妊娠がわかった時の夫 (パートナー) の気持ちはどうでしたか ・うれしかった ・困ったと思った ・なんともいえない ・特に何も感じなかった ・わからない ・その他			
	今の気持ちはいかがですか	・良好 ・気分が沈みがち ・イライラする ・涙もろくなる ・その他		
	過去にも上記のような気分が優れない症状が2週間以上続いたことがありますか	・いいえ ・はい		
活動休息	妊娠中穏やかに過ごすために相談できる人はいますか	・いる ・いない いる場合は誰ですか ・夫・義母・義父・実母・実父・友人・受診医療機関(主治医・助産師)・その他 ()		
	何か心配なことはありますか	・はい ・いいえ それはどのようなことですか ・経済面 ・出産前後の協力者 ・子育て ・その他 () 具体的に ()		
	職場でのサポートは得られそうですか	・はい ・いいえ ・わからない		
	家事の協力者はいますか	・はい (誰) ・いいえ		
趣味	睡眠時間 就寝時間 (時頃) 起床時間 (時頃)			
	よく眠れていますか	・はい ・いいえ		
	タバコを吸いますか ・ もともと吸わない ・ 以前は吸っていたがやめた (歳から 歳まで 以前は一日 本) ・ 妊娠してから本数を減らしている (一日 本) で妊娠前は、(歳から 一日 本) ・ 以前と変わらず吸っている (一日 本)			*喫煙指数
家族や身近な方でタバコを吸う人はいますか	・いる (誰) ・いない			
食事	お酒は飲みますか ・ もともと飲まない ・ 以前は飲んでいましたがやめた ・ 妊娠してから量を減らして飲んでいる (週に 回 何を どのくらい) ・ 以前と変わらず飲んでいる (週に 回 何を どのくらい)			
	一日に何食、食べていますか	・ 1日1食 ・ 1日2食 ・ 1日3食 ・ 1日 () 食		
	間食はしますか	・ はい (1日 回) ・ いいえ		
	外食・買食はしますか	・ はい (週 回) ・ いいえ		
	サプリメントを飲んでますか	・ はい () ・ いいえ		
過去に極端なダイエットの経験はありますか	・ ある ・ ない			
町の開催する両親学級 (ウェルカムベビークラス) への参加希望はありますか			・ はい ・ いいえ	

※個人情報取扱について

保健サービス向上のため、研究等で回答内容を活用させていただくことがあります。

個人情報には十分配慮し、個人を特定できないよう使用いたします。ご協力お願いいたします。

研究等での活用に承諾しない場合のみ、「同意しない」に○印をつけてください。→ 同意しない

ご協力ありがとうございました。



No. _____

妊娠届出書

妊婦本人	ふりがな 氏名		生年月日	S・H	年	月	日	歳
			電話番号					
	住所	富士河口湖町						
	職業	無・常勤・自営業・パート・アルバイト・内職		加入している保険				
				国保・社保・共済・その他				
夫 または パートナー	ふりがな 氏名		生年月日	S・H	年	月	日	歳
			電話番号					
	住所	(妊婦と異なる場合記入)						
	職業	無・常勤・自営業・パート・アルバイト・内職		加入している保険				
				国保・社保・共済・その他				
未婚の方 入籍予定	なし・あり (年 月 日ごろ)		※今後転出予定はありますか なし・あり					

医療機関等記入欄

出産予定日	年 月 日	証明する医療機関名
妊娠週数	週	年 月 日
妊娠歴	今回を含めて 回	
出産歴	回	

令和 6 年度 富士河口湖町妊婦相談日程 (母子健康手帳交付日)

日 時: **月曜日** の午前 9 時～12 時、午後 1 時～5 時 (祝日、年末年始を除く)

※午前 12 時～午後 1 時は担当者不在のためお控ください。

月曜日が祝日の場合は翌日 **火曜日** の午前中 (午前 9 時～12 時)

場 所: 富士河口湖町役場 子育て支援課 母子保健係 (1 階) 持ち物: 妊娠届出書、通帳 (妊婦さん名義のもの)

出産応援ギフト (5 万円) の申請に
必要です。当日なければ、後日郵送で
申請することも可能です。

※母子健康手帳交付には 40 分程度かかります。お時間に余裕をもってお越しください。

2024	4	5	6	7
月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 11 12 13 14	6 7 8 9 10 11 12	3 4 5 6 7 8 9	3 4 5 6 7 8 9	8 9 10 11 12 13 14
15 16 17 18 19 20 21	13 14 15 16 17 18 19	10 11 12 13 14 15 16	10 11 12 13 14 15 16	15 16 17 18 19 20 21
22 23 24 25 26 27 28	20 21 22 23 24 25 26	17 18 19 20 21 22 23	17 18 19 20 21 22 23	22 23 24 25 26 27 28
29 30	27 28 29 30 31	24 25 26 27 28 29 30	24 25 26 27 28 29 30	29 30 31
8	9	10	11	
月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日
1 2 3 4	1	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3
5 6 7 8 9 10 11	2 3 4 5 6 7 8	7 8 9 10 11 12 13	4 5 6 7 8 9 10	4 5 6 7 8 9 10
12 13 14 15 16 17 18	9 10 11 12 13 14 15	14 15 16 17 18 19 20	11 12 13 14 15 16 17	11 12 13 14 15 16 17
19 20 21 22 23 24 25	16 17 18 19 20 21 22	21 22 23 24 25 26 27	18 19 20 21 22 23 24	18 19 20 21 22 23 24
26 27 28 29 30 31	23 24 25 26 27 28 29	28 29 30 31	25 26 27 28 29 30	25 26 27 28 29 30
	30			
12	2025	1	2	3
月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日	月 火 水 木 金 土 日
1	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2
2 3 4 5 6 7 8	6 7 8 9 10 11 12	3 4 5 6 7 8 9	3 4 5 6 7 8 9	3 4 5 6 7 8 9
9 10 11 12 13 14 15	13 14 15 16 17 18 19	10 11 12 13 14 15 16	10 11 12 13 14 15 16	10 11 12 13 14 15 16
16 17 18 19 20 21 22	20 21 22 23 24 25 26	17 18 19 20 21 22 23	17 18 19 20 21 22 23	17 18 19 20 21 22 23
23 24 25 26 27 28 29	27 28 29 30 31	24 25 26 27 28	24 25 26 27 28	24 25 26 27 28 29 30
30 31				31

お問い合わせ : 0555-72-1174 (直通) 子育て支援課 母子保健担当