



妊娠届出時間診票

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 昭・平 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 出産 歴	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 ・妊娠糖尿病 ・帝王切開 ・切迫流産 等	
	第1子：氏名 ()	平・令 年 月 日生まれ	() 週	出生時体重 () g		妊娠・出産の異常 無・有 ()
	第2子：氏名 ()	平・令 年 月 日生まれ	() 週	出生時体重 () g		妊娠・出産の異常 無・有 ()
第3子：氏名 ()	平・令 年 月 日生まれ	() 週	出生時体重 () g	妊娠・出産の異常 無・有 ()		
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					
	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					
	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 ()					
活動 休息	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					
	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					
趣 向 品	タバコを吸いますか ・ もともと吸わない ・ 前は吸っていたがやめた (歳から 歳まで 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) ・ 前と変わらず吸っている (一日 本)					
	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					
	お酒は飲みますか ・ もともと飲まない ・ 前は飲んでいたがやめた ・ 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) ・ 前と変わらず飲んでいる (週に 回 何を どのくらい)					
食 事	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いますが ・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

No. _____

妊娠届出書

妊婦本人	ふりがな 氏名	生年月日 昭・平 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 昭・平 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 月ごろ)		今後の転出予定： なし・あり (年 月ごろ)		
出産予定日	年 月 日		妊娠週数	週 (交付日現在)	
妊娠歴	今回を含めて 回		出産歴	回	

※受診状況について医療機関と情報共有させていただく場合もありますのでご了承ください。

母子手帳の交付は事前予約制です。右側のQRコード(町のLINE)より予約できます。

トーク画面の「メニュー：予約・申込」▶「母子健康手帳交付予約」へ

★予約と一緒にオンライン上で妊娠届出時間診票の入力もできます(所要時間10分程度)。

オンライン上で入力の際はこの問診票の記載・持参は不要です。



令和8年度 富士河口湖町妊婦相談日 (母子健康手帳交付日)

日 時： **月曜日** の9時～12時、13時～17時 (祝日、年末年始を除く) ※1時間単位で予約できます

月曜日が祝日の場合は翌日 **火曜日** の午前中 (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)

交付には45分程度かかります



持ち物： 本人確認書類(顔写真つきのもの)、妊娠届出書(オンライン上で問診票の入力をした方は不要)、通帳(妊婦さん名義のもの)

2026 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
		1	2	3	4	5				1	2	3		1	2	3	4	5	6	7			1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	29	30						27	28	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
					1	2			1	2	3	4	5	6				1	2	3	4						1
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30					26	27	28	29	30	31	23	24	25	26	27	28	29	
31																					30	31					
12							2027 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
					1	2					1	2	3						1	2	3	4	5	6	7		
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
28	29	30	31				25	26	27	28	29	30	31	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28

お問い合わせ : 0555-72-1174 子育て支援課 母子保健担当