

◆裏表の太枠内を記入し、伊賀市へ届出をしてください。

(ふりがな)		生年月日(年齢)	職業	□ 既婚 □ 未婚 婚姻予定あり・なし
妊婦氏名		年 月 日生(歳)		
個人番号		国籍(外国籍の方のみ): 在留期間:	正規・非正規	
(ふりがな)		生年月日(年齢)	職業	
夫氏名 (パートナー)		年 月 日生(歳)		
		国籍(外国籍の方のみ):	正規・非正規	
住民登録地	(〒)	電話番号(昼間連絡がつくもの)		
		① 妊婦携帯		
居住地	(〒)(住民登録地と異なる場合のみ記入)	② 夫(パートナー)携帯・自宅		
里帰り予定	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 未定	里帰り予定住所(〒)		
出産場所	<input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> 未定	様方	電話:	
今回の妊娠は	回目	出産の経験	なし・あり(回)	
医師記入欄	出産予定日	年 月 日 第()子	現在の妊娠週数	週 日 単胎・多胎(胎)
	性病に関する健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	結核に関する健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	妊娠の診断を受けた医療機関名	医師名及び助産師名		
			証明年月日	年 月 日

(宛先) 伊賀市長 宛

出産の支援のため妊娠届出書・アンケートの内容について、医療機関・市町が情報共有することに同意のうえ、母子保健法第15条の規定により上記のとおり届けます。

届出日 年 月 日

届出者 氏名 妊婦本人・夫(パートナー)・その他()

住 所(本人の場合は省略可)

電話番号

【妊婦本人以外の場合】届出を(続柄)に委任します。妊婦署名

【届出場所】 伊賀市役所本庁舎2階 こども家庭支援課

住所: 伊賀市四十九町 3184 番地

【受付方法】 WEB 予約 : 右記のフォーム(QRコード)から電子申請

(予約が出来ない場合は事前にご連絡ください。)

※交付には30分~1時間程度の妊婦面談を行います。

※当日予約を入れた場合は、下記まで一報をお願いいたします。

【持ち物】 ○妊娠届出書

○妊婦の個人番号(マイナンバー)がわかるもの

(個人番号カード・通知カード・個人番号が記載された住民票など)

○届出される方(妊婦ご本人または代理人)の本人確認書類

公的機関発行の顔写真付きのもの1点 もしくは顔写真のついていないもの2点

(健康保険証・個人番号カード・パスポート・在留カードなど)

顔写真のついていないもの2種類(健康保険証・住民票・通知カード など)

【お問い合わせ先】

伊賀市役所 こども家庭支援課

(月曜日~金曜日 8:30~17:15 (祝祭日を除く))

TEL : 0595-41-1556 FAX : 0595-22-9646

予約カレンダーから
日時を選択後、

ログインして進む

ではなく、スクロールして

こちら→

メールを認証して進む

に進んでください。



受付印

○妊娠・出産・子育てを応援するために使用します。妊婦さんご自身で該当箇所にご記入下さい。秘密は堅く守ります。

出産・子育てへの支援や、お住いの市町・三重県の母子保健の推進を目的に、この情報について統計的な処理を行い公表することがありますが、
 その場合個人が特定されることはありません。妊娠届出書・アンケートをもとに、お住いの市町から連絡させていただくことがありますので、ご了承ください。

1	妊娠経過は良好ですか	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (<input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> その他())	[メモ欄]
2	妊娠がわかった時の気持ち ◆複数回答可	<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 不安になった <input type="checkbox"/> なんとも思わない <input type="checkbox"/> その他()	
3	不妊治療を受けましたか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない	
4	困ったときに相談する人はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()	
5	困ったときに協力してもらえる人はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()	
6	現在「困っている」「悩んでいる」「不安」なこと はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 自分の健康のこと <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 育児のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> その他()	
7	現在、あなたはタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(本/日)	
8	現在、夫(パートナー)や同居家族はタバコ を吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい→誰が() (本/日) どこで(室内・室外())	
9	現在あなたはアルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(時々 回/週・毎日)	
10	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 ◆複数回答可	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> こころの病気(うつ病など)(病名:) <input type="checkbox"/> その他() *それはいつ頃ですか?(年頃)・現在治療中	
11	この1年間に2週間以上続く気になる症状 はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ 眠れない・イライラする・涙ぐみやすい・何もやる気がしない その他()	
12	子どもの頃から愛情を受けて育ったという 実感はありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない	
13	その他、妊娠等に関して相談はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()	
14	右記載のものをお持ち、または利用中です か。◆同居家族を含む	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当	
15	◆上の子がいる方のみ 産前産後の保育所利用はありますか。	<input type="checkbox"/> 現在保育所利用中 (保育所(園)、託児所) <input type="checkbox"/> 利用予定あり <input type="checkbox"/> ない	

【保健センター記入欄】 受付者: _____

個人番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票
届出人確認	個人番号カード 運転免許証 パスポート 在留カード 保険証 その他()
外国語版発行	()語
来所者	本人・夫(パートナー)・父母・友人・その他()
実家	妊婦: 夫(パートナー):
妊婦保険種類	社保(本人・夫の扶養・その他の扶養()) 国保 その他()
育休予定期間	1年・その他() 検討中
子育て支援情報	子育て支援ヘルパー・ファミサポ・保育園説明

出産応援ギフト申請案内() 県外助成説明()