

妊娠届出書(Pregnancy Notification Form)

No. _____

(ふりがな) にんぶしめい 妊婦氏名	Mother's / pregnant woman name ()	せいねん 生年 がっぴ 月日	Date of birth year month day () 歳	しやく 職 ぎやう 業	Occupation
こじんばんごう 個人番号	My Number			にっちゆう 日中の連絡先*	Phone
じゅう 住 所	Address えどがわく 江戸川区				たてものめい 建物名も記入してください
	<input type="checkbox"/> 既婚 / Married <input type="checkbox"/> 未婚 / Unmarried (<input type="checkbox"/> 婚姻予定あり : Scheduled to married)		year 年	month 月	month 月
(ふりがな) おとこ 夫・パートナー 氏名	Father's/Partner's name ()	せいねん 生年 がっぴ 月日	Date of birth year month day () 歳	しやく 職 ぎやう 業	Occupation
				にっちゆう 日中の連絡先*	Phone
ぶんべんよていび 分娩予定日	Expected date of delivery year month day	にんしんしゅうすう 妊娠週数	Weeks/months of pregnancy 満()週/Weeks・第()月/months	かこ 過去の妊娠・ しやうたん 出産経験	にんしん 妊娠/past pregnancies : <input type="checkbox"/> あり/yes()回 <input type="checkbox"/> なし/none しやうたん 出産/past childbirths : <input type="checkbox"/> あり/yes()回 <input type="checkbox"/> なし/none
いしまた 医師又は じよさんし 助産師による にんしん 妊娠の診断	Have you been diagnosed with pregnancy by doctor or midwife? <input type="checkbox"/> 受けた/yes <input type="checkbox"/> 受けていない/no	Name of medical facility and address しせつめい 施設名 /name : しよざいち 所在地 /address :		Doctor/midwife name いしめいた 医師名又は助産師氏名	
せいびやうかん 性病に関する けつえきけんさ 血液検査	Have you taken blood test regarding STDs? <input type="checkbox"/> 受けた/yes <input type="checkbox"/> 受けていない/no	けつかく 結核に関する健康診断 ねんない (1年以内の胸部X線)	Have you taken health checks regarding tuberculosis and x-ray with in a year? <input type="checkbox"/> 受けた/yes <input type="checkbox"/> 受けていない/no		
じようき 上記のとおり届出をします / I notify this pregnant woman's status as above. えどがわくちやう 江戸川区長 殿 / (To) Mayor of Edogawa Ward とどけで 届出日 Applicant's name 届出人氏名 year month day 年 月 日 Relationship with pregnant woman 妊婦との続柄 ()					

*ご連絡をすることがあります。/We may call and contact you.

質問票 (Questionnaire)

江戸川区では、お母さんになる方に妊娠・出産・子育てに関する相談や支援をしています。ご記入いただいた内容はご相談の際に活用させていただきます。下記の質問について、差支えない範囲でお答えください。/In Edogawa Ward, we provide consultation and support for mothers regarding pregnancy, delivery and child raising. We will use the information you have written when you consult with us. Please answer the following questions. Thank you.

1	妊娠されて今の気持ちはいかがですか。/How do you feel about your pregnancy? <input type="checkbox"/> うれしい /Happy <input type="checkbox"/> 不安 /Anxiety <input type="checkbox"/> 心配 /Worry <input type="checkbox"/> とまどい /Confusion <input type="checkbox"/> その他 /Others ()
2	里帰り出産の予定はありますか。/Do you have plan to go back your home town for delivery? <input type="checkbox"/> なし /No <input type="checkbox"/> あり /Yes (都道府県 /Prefecture : 市区町村名 /City : 海外 /Country :) <input type="checkbox"/> 未定 /Not decided
3	出産後に同居する人はどなたですか。/Who will you live with after the delivery? <input type="checkbox"/> パートナー /Partner <input type="checkbox"/> 子ども /Children (人) <input type="checkbox"/> 自分の父 /My father <input type="checkbox"/> 自分の母 /My mother <input type="checkbox"/> 義母 /Mother in law <input type="checkbox"/> 義父 /Father in law <input type="checkbox"/> その他 /Others ()
4	妊娠・出産について、相談できる人や育児を手伝ってくれる人はいますか。/Is there anyone who can talk and support to you during pregnancy and after child birth? <input type="checkbox"/> いいえ /No <input type="checkbox"/> はい /Yes (<input type="checkbox"/> パートナー /Partner <input type="checkbox"/> 自分の父 /My father <input type="checkbox"/> 自分の母 /My mother <input type="checkbox"/> 義母 /Mother in law <input type="checkbox"/> 義父 /Father in law <input type="checkbox"/> きょうだい /Siblings <input type="checkbox"/> 友人 /Friends <input type="checkbox"/> その他 /Others ()
5	妊娠・出産について不安や心配なことはありますか。/Do you have any worries about child birth and child raising? <input type="checkbox"/> ない /No <input type="checkbox"/> ある /Yes ()
6	出産・育児・生活をするにあたり経済的な不安はありますか。/Do you have any financial concerns about delivery, child raising and daily life? <input type="checkbox"/> いいえ /No <input type="checkbox"/> はい /Yes
7	継続して内服する必要がある又は通院する必要がある病気にかかったことはありますか。/Have you ever got sick that requires you to take medicines or visit hospital continuously? <input type="checkbox"/> いいえ /No <input type="checkbox"/> はい /Yes (<input type="checkbox"/> 糖尿病 /Diabetes <input type="checkbox"/> 高血圧 /High blood pressure <input type="checkbox"/> 貧血 /Anemia <input type="checkbox"/> メンタルヘルス関連 /Mental health <input type="checkbox"/> その他 /Others ()
8	現在の喫煙状況を教えてください。/Do you smoke? <input type="checkbox"/> 吸わない /No <input type="checkbox"/> 過去吸っていた /Used to (<input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた /After pregnancy <input type="checkbox"/> 妊娠以前にやめた /Before pregnancy) <input type="checkbox"/> 現在吸っている /Yes (<input type="checkbox"/> やめたい /Want to quit)
9	現在アルコール類を飲んでいますか。/Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> いいえ /No <input type="checkbox"/> はい /Yes
10	その他困っていること、相談したいことがありましたらお書きください。/If you have any difficulties or would like to talk, please write below. ()

身元確認	<input type="checkbox"/> 写真付き1点 <input type="checkbox"/> 写真無2点 <input type="checkbox"/> その他 ()	代理確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> 持参なし <input type="checkbox"/> 提示希望しない	面接	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 入力