

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 () 年 月 日 ()		age さい 歳	しよく ぎょう 職 業	Occupation
							にっちゅう れんらくさき 日中の連絡先*	Phone
こじんばんごう 個人番号	My Number							
じゅうしょ 住所	Address えどがわく 江戸川区 建物名も記入してください。							
		きこん 既婚 / Married		みこん 未婚 / Unmarried		にゅうせきよてい 入籍予定あり : Scheduled to married		year month 年 月
(ふりがな) おっと 夫・パートナー しめい 氏名	Father's/Partner's name ()		せいねん 生年 がっぴ 月日	Date of birth year month day () 年 月 日 ()		age さい 歳	しよく ぎょう 職 業	Occupation
							にっちゅう れんらくさき 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 年 月 日		にんしんしゅうすう 妊娠週数 満()週/Weeks・第()月/months	Weeks/months of pregnancy まん しゅう だい つき 満()週/Weeks・第()月/months		かこ にんしん 過去の妊娠・ しゅつぷんしんじかん 出産経験 出産/past pregnancies : □あり/yes()回 □なし/none 出産/past childbirths : □あり/yes()回 □なし/none		
びょういん じょさん じょ 病院・助産所	Name of medical facility and address しせつめい 施設名 /name : しょざいち 所在地 /address :							
い しめいまた じょさん し しめい 医師名又は 助産師氏名	Doctor/midwife name 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? う □受けた/yes □受けていない/no		けっかく かん けんこうしんだん 結核に関する健康診断 1ねんいなきょうぶXせん (1年以内の胸部X線)	Have you taken health checks regarding tuberculosis and x-ray with in a year? う □受けた/yes □受けていない/no			
じょうき 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 どの 江戸川区長 殿 / (To) Mayor of Edogawa Ward date of apply どどけで び どの 届出日 year month day 年 月 日 Applicant's name どどけで にん しめい 届出人氏名 Relationship with pregnant woman にんぶ つづきから 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? □うれしい /Happy □不安 /Anxiety □心配 /Worry □とまどい /Confusion □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? □なし /No □あり /Yes (都道府県 /Prefecture : 市区町村名 /City : 海外 /Country :) □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? □パートナー/Partner □子ども/Children(人) □自分の父/My father □自分の母/My mother □義母/Mother in law □義父/Father in law □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? □いいえ/No □はい/Yes(□パートナー/Partner □自分の父/My father □自分の母/My mother □義母/Mother in law □義父/Father in law □きょうだい/Siblings □友人/Friends □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? □ない/No □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 dlivery, child raising and daily life? □はい/Yes □いいえ/No
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? □いいえ/No □はい/Yes(□糖尿病/Diabetes □高血圧/High blood pressure □貧血/Anemia □メンタルヘルス関連/Mental health □その他/Others ()
8	現在の喫煙状況を教えてください。/Do you smoke? □吸わない/No □過去吸っていた/Used to (□妊娠を機にやめた/After pregnancy □妊娠以前にやめた/Before pregnancy) □現在吸っている/Yes(□やめたい/Want to quit)
9	現在アルコール類を飲んでますか。/Do you drink alcohol? □いいえ/No □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	□写真付き1点 □写真無2点 □その他 ()	代理確認	□委任状 □その他 ()
個人番号確認	□持参 □持参なし □提示希望しない	面接	□実施 □入力