手続場所	燕市役所　燕市吉田西太田 1934 番地　　月曜日～金曜日（祝日を除く）　午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ☆母子健康手帳交付・面談☆ 子育て応援課　1 階⑰～⑲番窓口 ☎0256-77-8186 ↓ ☆妊産婦医療☆ 保険年金課　1 階⑫番窓口 ☎0256-77-8133
申請に必要なもの	①妊娠届出書（なるべく妊婦本人がご記入ください）※右上の二次元コードを読み取り、フォームの入力をお願いします。 ②妊婦の個人番号通知カードまたはマイナンバーカード（個人番号カード） ③妊婦の加入保険資格情報がわかるもの（保険証、資格確認証など） ④妊婦名義の通帳またはキャッシュカード ⑤申請者（窓口に来られる方）の本人確認ができるもの（運転免許証・パスポート等）

あまり

書かない窓口実践中！

来庁予定日の前日までの入力にご協力ください。

母子健康手帳交付の他、約 3 つの手続きがあります。
二次元コードを読み取り、氏名、住所連絡先などの基本情報、
アンケートを入力しておくと、書類の作成等最小限の記入で手続きができます。

回答はこちら

※お手続きには、全体で 40 分前後かかります。
お時間に余裕を持って、なるべく妊婦さんご本人がお越しください。

燕市　妊娠届出書

↓太線の中を記入してください。　※下記の個人情報（個人番号除く）について助産師等へ情報提供させていただく場合があります。

母子手帳No.		交付年月日		届出時妊娠週数	週

フリガナ 妊婦氏名		フリガナ 夫氏名 （パートナー）	
生年月日	昭和／平成　年　月　日生（　歳）	生年月日	昭和／平成　年　月　日生（　歳）
職業		職業	
（勤務先名）		（勤務先名）	
住所 連絡先	燕市 （世帯主名　　） 妊婦☎　－　－ 自宅☎　－　－ （連絡可能な時間帯：　時頃）	分娩予定日 受診年月日 医療機関名 （医師名）	令和　年　月　日 令和　年　月　日 （満　週）

・出産までに転居・転出の予定はありますか？　□いいえ　□はい（⇒　月頃・□市内転居・□市外転出）

・今までの妊娠・分娩歴をおしえてください。　□初妊娠　□妊娠　回・出産　回（次の表にも記入してください）

妊娠回数	母の年齢	出・流・死産別	妊娠／分娩経過	出生体重	妊娠週数	児の健康状態
1	歳	出産・流産・死産	正常・その他（　）	g	週　日	健康・その他（　）
2	歳	出産・流産・死産	正常・その他（　）	g	週　日	健康・その他（　）
3	歳	出産・流産・死産	正常・その他（　）	g	週　日	健康・その他（　）
4	歳	出産・流産・死産	正常・その他（　）	g	週　日	健康・その他（　）
5	歳	出産・流産・死産	正常・その他（　）	g	週　日	健康・その他（　）

・これまでに以下の病気にかかったことがありますか？
□いいえ　□はい（ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 貧血 ・ 精神的な疾患 ・ その他＿＿＿＿＿＿ ）

・現在、治療中の疾患はありますか？
□いいえ　□はい（ 高血圧 ・ 心疾患 ・ 腎臓病 ・ 糖尿病 ・ 貧血 ・ 精神的な疾患 ・ その他＿＿＿＿＿＿ ）

・出産後はどこで過ごしますか？
□自宅　□里帰り（ →□燕市内　□新潟県内［　］　□新潟県外［　］）

申請者 （届出人）	□本人　□夫（パートナー）　□その他 （氏名）＿＿＿＿＿＿　（妊婦との続柄）＿＿＿＿ （住所）＿＿＿＿＿＿

妊婦本人の個人番号（※必ずご記入ください）

☆ 問い合わせ先 ☆

子育て応援課
妊娠からの子育て相談コーナー（こどもサポート相談チーム）
☎0256-77-8224【燕市役所 1 階⑳番窓口】
燕市保健センター（母子保健チーム）
☎0256-92-6815

市確認欄　**母子健康手帳交付当日に使用します。記入は不要です。**

助産師訪問について

燕市では、 妊娠中や出産後の健康、生まれたお子さんの健やかな発育と健康相談のため、ご自宅に助産師が訪問し、保健指導を行っています。
ご希望の方には、妊娠 6 か月以降に 1 回、無料で訪問いたします。

妊娠中、助産師による訪問指導を希望しますか？

□はい　　希望助産師 { 有　（ 氏名＿＿＿＿＿ ）　　□いいえ
　　無　（ 地区担当助産師 ）

※訪問時期になりましたら、助産師が表面の連絡先にご連絡いたします

妊婦さんへアンケートのお願い

燕市では、安心して子育てができるよう、妊娠届出時にアンケートをもとに保健師または助産師による面談を行っています。
つきましては、**表面の二次元コードを読み取り、アンケートの回答をお願いいたします。**

家族構成	同居のご家族に〇をつけてください。 [妊婦除く同居人数＿＿人] ・夫（パートナー） ・子ども＿＿＿人 ・実父　・実母 ・義父　・義母 ・その他＿＿＿＿＿	生活習慣	①喫煙 ・吸わない　・吸っている（１日＿＿＿本） ・やめた（ ＿＿年前から・ 妊娠のため ）
			②同居人の喫煙 ・なし　・あり（どなたですか？ ＿＿＿＿＿ ）
			③飲酒 ・飲まない　・飲む（週＿＿日　１日＿＿杯） ・やめた（ ＿＿年前から・ 妊娠のため ）
			④薬の服用 ・なし　・あり（何の薬ですか？ ＿＿＿＿＿ ）

妊娠がわかったときの気持ちに一番近いものに〇をつけてください。	1. とても嬉しかった　2. 驚いたが嬉しかった 3. 予想外でとまどった　4. 特に何も思わなかった 5. その他（　　）
妊娠してからの経過は順調ですか？	・はい　・いいえ（　　）
現在の体調はいかがですか？	・良い　・どちらともいえない　・悪い（　　）
産後、協力してくれる人はいますか？（複数回答可）	・夫（パートナー）　・実父母　・義父母　・兄弟姉妹　・友人 ・その他（　　）　・いない
悩んだとき、誰に相談しますか？（複数回答可）	・夫（パートナー）　・実父母　・義父母　・兄弟姉妹　・友人 ・その他（　　）　・いない
妊娠中や出産、出産後について、不安や心配なことはありますか？（複数回答可）	・ない ・ある { ・育児のこと　・経済的なこと　・仕事との両立　・健康状態 ・夫（パートナー）との関係　・上の子の子育て ・その他（　　） }
何か相談したいことはありますか？	・ない ・ある（　　）

申請者(届出人)本人確認	□本人 □夫(ﾊﾟｰﾄﾅｰ) □その他（　　）
	【確認書類】 □運転免許証　□パスポート　□保険証 □マイナンバーカード（個人番号カード） □その他（　　）
個人番号確認担当職員 [　　]	本人記入　□ 済　□ 未
	カード持参　□ あり　□ なし
	職員確認　□ 可　□ 不可　□ 不要

「妊婦のための支援給付①」を受けるために以下を確認し☑をお願いします。

□　次の事項について申告します。

・医療機関において胎児の心音が確認されたため、①の資格を有します。

・これをもって、①の資格を有することの認定を申請します。