

<この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。>

子の保護者	続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業	
	母(妊婦)		年 月 日生( 歳)		
	父		年 月 日生( 歳)		
			年 月 日生( 歳)		
	居住地		電話		
			電話		
		電話			

出生届出済証明

子の氏名	男・女		
出生の場所	都道府県	市区町村	
出生の年月日	年	月	日

上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

<このページは妊婦自身で記入してください。>

妊婦の健康状態等

妊娠	身長	cm	ふだんの体重	kg	結婚年齢	歳
	B M I	BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) (体格指数)				

- 次の病気にかかったことがありますか。(あるものに○印)  
 高血圧 慢性腎炎 糖尿病 肝炎 心臓病 甲状腺の病気 精神疾患(心の病気) その他病気(病名)
- 次の感染症にかかったことがありますか。  
 風しん(三日はしか) (はい( 歳) いいえ 予防接種を受けた)  
 麻しん(はしか) (はい( 歳) いいえ 予防接種を受けた)  
 水痘(水ぼうそう) (はい( 歳) いいえ 予防接種を受けた)
- 今までに手術を受けたことがありますか。  
 なし あり(病名)
- 服用中の薬(常用薬) ( )

- 家庭や仕事など日常生活で強いストレスを感じていますか。 はい いいえ
  - 今回の妊娠に際し、過去の妊娠・分娩に関連して心配なことはありますか。 はい いいえ
  - その他心配なこと ( )
  - たばこを吸いますか。 いいえ はい(1日 本)
  - 同居者は同室でたばこを吸いますか。 いいえ はい(1日 本)
  - 酒類を飲みますか。 いいえ はい(1日 程度)
- ※喫煙と飲酒は、赤ちゃんの成長に大きな影響を及ぼしますので、やめましょう。

夫の健康状態	健康	よくない(病名)
--------	----	----------

いままでの妊娠

出産年月	妊娠・出産・産後の状態	出生児の体重・性別	現在の子の状態
年 月	正常・異常(妊娠 週(第 月)頃)	g 男女	健・否

※妊娠についての悩みや、出産・育児の不安がある方は、保健所、市町村(保健センター)、医療機関等に気軽に相談しましょう。

<このページは妊婦自身で記入してください。>

### 妊婦の職業と環境

妊娠に気づいたときの状況	職 業				妊 娠
	仕事の内容と職場環境*				
	仕事をする時間	1日約( )時間・( )時～( )時 交代制など変則的な勤務(あり・なし)			
	通勤や仕事に利用する乗り物				
	通勤の時間	片道( )分	混雑の程度	ひどい・普通	
	妊娠してからの変更点	仕事を休んだ(妊娠 週(第 月)のとき) 仕事を变えた(妊娠 週(第 月)のとき) 仕事をやめた(妊娠 週(第 月)のとき) その他( )			
産前休業	月	日から	日間		
産後休業	月	日から	日間		
育児休業 (父親・母親)	月	日から	月	日まで	
	月	日から	月	日まで	
住居の種類	一戸建て( 階建) 集合住宅( 階建 階・エレベーター:有・無) その他( )				
騒 音	静・普通・騒	日当たり	良・普通・悪		
同居	子ども( )人・夫・夫の父・夫の母・実父・実母 その他( )人				

※立ち作業など負担の大きい作業が多い、温湿度が厳しい、たばこの煙がひどい、振動が多い、ストレスが多い、休憩がとりにくい、時間外労働が多いなどの特記事項も記入してください。

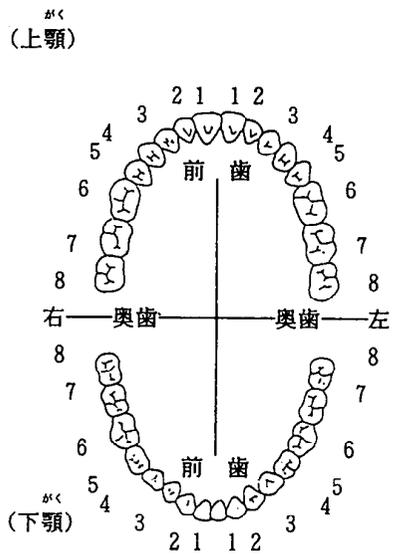
### 検査の記録

妊 娠	検 査 項 目	検 査 年 月 日	備 考
	血液型	年 月 日	A B O 型 R h
	不規則抗体	年 月 日	
	子宮頸がん検診 <sup>けい</sup>	年 月 日	
	梅毒血清反応	年 月 日	
	HBs抗原	年 月 日	
	HCV抗体	年 月 日	
	HIV抗体	年 月 日	
	風しんウイルス抗体	年 月 日	
	HTLV-1抗体	年 月 日	
	クラミジア抗原	年 月 日	
	B群溶血性連鎖球菌	年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

※検査結果を記録する場合は、妊婦に説明し同意を得ること。



## 妊娠中と産後の歯の状態



歯の状態記号：健全歯／ むし歯（未処置歯）C  
処置歯○ 喪失歯△

初回診査	年 月 日
妊 娠	週
要治療の むし歯	なし あり ( 本)
歯 石	なし あり
歯 肉 の 炎 症	なし あり (要指導) あり (要治療)
特記事項	
施設名 又は 担当者名	

妊娠

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	妊 娠 ・ 産 後	週
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	歯 石	なし あり
特記事項	歯 肉 の 炎 症	なし あり (要指導) あり (要治療)
年 月 日 診査	施設名又は担当者名	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	妊 娠 ・ 産 後	週
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	歯 石	なし あり
特記事項	歯 肉 の 炎 症	なし あり (要指導) あり (要治療)
年 月 日 診査	施設名又は担当者名	

※むし歯や歯周病などの病気は妊娠中に悪くなりやすいものです。歯周病は早産等の原因となることがあるので注意し、歯科医師に相談しましょう。  
※歯科医師にかかるときは、妊娠中であることを話してください。

## 出産の状態

妊 娠 期 間	妊 娠	週	日
べん 娩 出 日 時	年 月 日	前 午 後	時 分
べん 分 娩 経 過	頭位 ・ 骨盤位 ・ その他 ( ) 特記事項		
べん 分 娩 方 法			
べん 分 娩 所 要 時 間		出 血 量	少量 ・ 中量 ・ 多量 ( ml)
輸血 (血液製剤含む) の有無		無 ・ 有 ( )	
出 産 時 の 児 の 状 態	性 別 ・ 数	男 ・ 女 ・ 不明	単 ・ 多 ( 胎)
	計 測 値	体 重	g 身長 . cm
		胸 囲	. cm 頭 囲 . cm
特 別 な 所 見 ・ 処 置	新生児仮死 → ( 死 亡 ・ 蘇 生 ) ・ 死 産		
証 明	死 産 証 書 出生証明書 ・ (死胎検案書) ・ 出生証明書及び死亡診断書		
出 産 の 場 所 名 称			
べん 分 娩 取 扱 者	医 師	その他	
氏 名	助 産 師		

出産