

# Pregnancy Notification にん しんとどけ で しよ 妊娠届出書

Pregnant Woman's Individual Number(MyNumber)  
にん ぶ ほんにん こじんほんごう  
 妊婦本人の個人番号 (マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Maternal and Child Health Handbook Issuance Number  
ぼ し けんこう てちようごう ふ ほん ごう  
 母子健康手帳交付番号

Date of pregnancy notification にん しんとどけ で び 妊娠届出日

Y 年 M 月 D 日

The pregnant woman にん ぶ 妊婦

Furigana(Japanese characters) ふりがな

Full Name し めい 氏名

Married き こん 既婚  Unmarried み こん 未婚  
 (Plans to register on the family registry にゅうせき よてい 入籍予定  Yes あり 有  No なし 無)

Birthdate せいねんがっぴ 生年月日 Y 年 M 月 D 日 ( \_\_\_ years-old さい 歳)

Registered Domicile(Or nationality) ほんせきち こくせき 本籍地 (国籍) Prefecture とどうふけん 都道府県  
 (〒 - )

Current address げんじゅうしょ 現住所

Occupation しよくぎょう 職業

Work hours きんむじかん 勤務時間 : ~ :  
 How many days a week しゅう 週 : \_\_\_\_\_ Days にち 日

Contact phone number ねんらくさき 連絡先  
 Home phone じたく 自宅 :  
 Mobile phone けいたい 携帯 :

Status of pregnancy, etc. にん しん など じょうきょう 妊娠等の状況

Number of pregnancies(including this pregnancy) にん しんかいすう 妊娠回数 (今回の妊娠含む) \_\_\_\_\_ Times かいめい 回目

Number of births しゅっさんかいすう 出産回数  None なし  Yes あり ( \_\_\_\_\_ Times かいめい 回目)

Number of miscarriages/preterm births りゅうざん そうざんなど かいすう 流产・早産等の回数

None なし  
 Yes あり miscarriage りゅうざん 流产 \_\_\_\_\_ time(s) かい 回 preterm birth そうざん 早産 \_\_\_\_\_ time(s) かい 回  
 stillbirth し ざん 死産 \_\_\_\_\_ time(s) かい 回 abortion ちゅうぜつ 中絶 \_\_\_\_\_ time(s) かい 回

Name of the medic/facility where you have received examinations or health guidance during this pregnancy こんかい にん しん しんだん ほけん しどう う しせつめい しんだんしや 今回の妊娠で診断や保健指導を受けた施設名・診断者

Name of the physician/midwife who made the diagnosis しんだん い し じよさん し めい 診断した医師・助産師名

Name of the facility where you receive prenatal checkups にん ぶ けんしん う しせつめい 妊婦健診を受ける施設名

Same as above どうじょう 同上  Different from above じょうき い がい 上記以外 ( \_\_\_\_\_ )

Planned delivery hospital しゅっさんよていびやういん 出産予定病院

Same as above どうじょう 同上  Different from above じょうき い がい 上記以外 ( \_\_\_\_\_ )  
 ※Reason for 'different from above' じょうき い がい ばあい りゆう 上記以外の場合の理由  
 ( Returning to hometown さとがえ 里帰り  Moving てんしゆつ 転出  Other た その他 : \_\_\_\_\_ )

Weeks of pregnancy(at time of notification) にん しんしゅうすう とどけで げんざい 妊娠週数 (届出現在) \_\_\_\_\_ weeks しゅう 週 ( \_\_\_ months げつ か月)

Planned delivery date しゅっさんよていび 出産予定日 Y 年 M 月 D 日

	Have you had an STD test with this pregnancy? 今回の妊娠で性病検査を <input type="checkbox"/> Yes 受けた <input type="checkbox"/> No 受けていない
	Have you had a tuberculosis test with this pregnancy? 今回の妊娠で結核検査を <input type="checkbox"/> Yes 受けた <input type="checkbox"/> No 受けていない
The baby's father あかちゃんの父親	Furigana(Japanese characters) ふりがな
	Full Name 氏名
	Birthdate 生年月日 Y 年 M 月 D 日 ( ___ years-old 歳)
	Occupation 職業
	Work hours 勤務時間 : ~ : How many days a week 週 _____ Days 日
The pregnant woman's medical history, etc. 妊婦の既往歴等	Until now have you ever been diagnosed with gestational hypertension during pregnancy? 今までの妊娠で妊娠高血圧症であると診断されたことはありますか <input type="checkbox"/> No ない <input type="checkbox"/> Yes ある
	Have you ever had any of the following diseases. If so, please tell us the current status of your treatment. 次の病気がかかったことはありますか。また、現在の治療状況について教えてください。 <input type="checkbox"/> High blood pressure 高血圧 <input type="checkbox"/> Chronic nephritis 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎 <input type="checkbox"/> Heart disease 心臓病 <input type="checkbox"/> Thyroid disorder 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> Gynecological disorder 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> Mental health problems こころの不調 <input type="checkbox"/> Other その他 ( _____ ) 【At present are you 現在: <input type="checkbox"/> undergoing treatment 治療中 <input type="checkbox"/> undergoing follow-up observations 経過観察中 <input type="checkbox"/> completely recovered 完治】
	Do you smoke? あなたはタバコを吸いますか。 <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> I stopped because I'm pregnant 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> Yes はい ( ___ cigarettes 本/day 日)
	Does anyone in your family smoke? タバコを吸う家族はいますか。 <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Husband 夫 ( ___ cigarettes 本/day 日) <input type="checkbox"/> _____ ( ___ cigarettes 本/day 日)
	(*To those who have family members who smoke ※タバコを吸う家族がいる方へ) Where do they primarily smoke? 主な喫煙場所はどこですか。 <input type="checkbox"/> Outside 外 <input type="checkbox"/> Inside 部屋 <input type="checkbox"/> Under an exhaust fan 換気扇の下 <input type="checkbox"/> In the car 車の中 <input type="checkbox"/> Other その他 ( _____ )
	Do you drink alcohol? あなたはアルコールを飲みますか。 <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> I stopped because I'm pregnant 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> Yes はい ( ___ times 回/week 週)

《Regarding the purpose of use of Individual Numbers》

The pregnant woman's Individual Number is collected and managed in accordance with Article 15 of the Maternal and Child Health Act and Article 3 of its Enforcement Regulations. It will be used for administrative purposes related to pregnancy notifications, the issuance of the Maternal and Child Health Handbook, health guidance for pregnant and postpartum women, newborn visits and health guidance, and health examinations.

《個人番号の利用目的について》

妊婦の個人番号は、母子保健法第15条及び母子保健法施行規則第3条に基づき収集・管理を行い、妊娠届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の保健指導、新生児訪問・保健指導、健康診査に関する事務で使用します。

<b>自治体確認欄</b>	
届出者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(続柄: _____ )	本人番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他
届出者身元確認: 《1点で可》個人番号カード・運転免許証・パスポート 《2点以上》被保険者証・受給者証	

# Maternal and Child Health Questionnaire (Pregnancy and Childbirth Questionnaire) 母子保健アンケート

**[1]** Please ✓ the family members who live with you. 同居している家族に✓をつけてください。

- Husband(partner) 夫 (パートナー)  Children 子ども (number of kids 子どもの人数 \_\_\_\_\_ )  
 Husband's father 義父  Husband's mother 義母  Maternal father(pregnant woman's father) 実父  
 Maternal mother(pregnant woman's mother) 実母  Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

Please write your child's birthdate お子さんの生年月日をご記入ください。

Y 年 M 月 D 日      Y 年 M 月 D 日      Y 年 M 月 D 日      Y 年 M 月 D 日

**[2]** Please tell us about your situation and daily life before pregnancy. ✓ the items that apply to you.  
妊娠前のあなたの状況や普段の生活状況について教えてください。また、当てはまるものに✓をつけてください。

- Height 身長 \_\_\_\_\_ cm    • Weight (Pre-pregnancy) 体重 (妊娠前) \_\_\_\_\_ kg    • Meals 食事 \_\_\_\_\_ Times 回 /Day 1日  
• Household medications 常用薬  No なし  Yes あり ( \_\_\_\_\_ )  
• Handbooks you possess(Welfare) 持っている手帳  
 No なし  
 Yes あり  Physical Disability Handbook 身体障害者手帳  Medical Rehabilitation Handbook 養育手帳  
 Mental Health and Welfare Handbook 精神保健福祉手帳

**[3]** Did you undergo fertility treatment or recurrent pregnancy loss treatment for this pregnancy?  
今回の妊娠で不妊治療または不妊治療をされましたか。

- No していない  I underwent fertility treatment 不妊治療をした  
 I underwent treatment for recurrent pregnancy loss(including currently undergoing treatment)  
不妊治療をした (治療中を含む)

**[4]** Please tell us how you felt, when you found out about the pregnancy(multiple answers possible)  
妊娠がわかったときのあなたの気持ちを教えてください。(複数回答可)

- I was happy 嬉しかった  It was unexpected and surprising, but I was happy 予想外で驚いたが嬉しかった  
 It was unexpected and I was confused 予想外で戸惑った  I felt uneasy 不安  Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

**[5]** Please tell us how your husband(partner) felt, when he found out about the pregnancy(multiple answers possible)  
妊娠がわかったときの夫 (パートナー) の気持ちを教えてください。(複数回答可)

- He was happy 嬉しかった  It was unexpected and surprising, but he was happy 予想外で驚いたが嬉しかった  
 It was unexpected and he was confused 予想外で戸惑った  He felt uneasy 不安  Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

**[6]** Do you feel that you were raised with love and care during your childhood?  
あなたは、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。

- Yes ある  Somewhat なんとなくある  Not really あまりない  No ない  Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

**[7]** Do you have someone you can talk with during your pregnancy? 妊娠中に相談できる方はいますか。

- Yes はい ( Husband or Partner 夫またはパートナー  Maternal mother(pregnant woman's mother) 実母  
 Maternal father(pregnant woman's father) 実父  Husband's mother 義母  Husband's father 義父  
 Siblings きょうだい  Friends 友人  Others その他 [ \_\_\_\_\_ ] )  
 No いいえ

**[8]** Will there be someone to help you with household chores and childcare after giving birth?  
出産後、家事や育児を手伝ってくれる方はいますか。

- Yes はい ( Husband or Partner 夫またはパートナー  Maternal mother(pregnant woman's mother) 実母  
 Maternal father(pregnant woman's father) 実父  Husband's mother 義母  Husband's father 義父  
 Siblings きょうだい  Friends 友人  Others その他 [ \_\_\_\_\_ ] )  
 No いいえ

【9】 Does your husband(partner) provide you with emotional support? 夫(パートナー)はあなたを精神的に支えてくれますか。

- He provides a lot of support よく支えてくれる
- He provides some support 多少支えてくれる
- He doesn't provide much support あまり支えてくれない
- He doesn't provide any support 全く支えてくれない
- Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

【10】 In the past year, have you experienced symptoms such as "difficulty sleeping," "feeling irritable," "easily tearful," or "lack of motivation" that lasted for more than two weeks?

この1年間に、「眠れない」や「イライラする」、「涙ぐみやすい」、「何もやる気がしない」等の症状が2週間以上続いたことはありますか。

- No いいえ
- Yes はい
- ・Symptoms 症状 ( \_\_\_\_\_ )
- ・Did you seek medical attention 受診の有無  No なし  Yes あり

【11】 Please let us know your plans for work after giving birth. 産後の仕事の予定を教えてください。

- I plan to start or look for a new job 新たに仕事をするまたは探す予定
- I plan to return to work after maternity or parental leave 産休・育休の後復帰する予定
- I plan to resign before giving birth 産前で退職予定
- I plan to resign after the end of parental leave 育児休業期間終了後退職予定
- Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

【12】 Do you have any concerns or worries about your pregnancy or after giving birth?

妊娠中や出産後について不安なことや気になることはありますか。

- Nothing in particular 特になし
- My own health 自分の健康面
- How to manage my pregnancy 妊娠生活の送り方
- About prenatal checkups 妊婦健診のこと
- About my child(the one in your womb or older children) 子どものこと(おなかの子や上の子)
- Family 家族のこと
- Relationship with my husband(partner) (e.g., financial issues, unemployment, physical or emotional abuse, etc.) 夫(パートナー)との関係(お金の使い方、失業、身体・精神的暴力等)
- Childbirth 出産のこと
- Financial matters 経済面
- Balancing work and family 仕事との両立
- Other その他 ( \_\_\_\_\_ )

【13】 We may contact you in the future, so please let us know your preferred days and times.

今後ご連絡する場合がありますので都合の良い曜日や時間帯等を教えてください。

Our municipality supports you with your childbirth and parenting journey starting from your pregnancy. This Pregnancy Notification will not be used for purposes other than maternal and child health services within our municipality. Furthermore, the mayor (of the city, ward, town, or village) may investigate, obtain, and use information from the Basic Resident Register as necessary for maternal and child health services. Additionally, public health nurses may visit or call you as needed.

Please note that information may be provided to or inquired from medical institutions or related organizations when necessary for managing the health of the mother and child or ensuring a healthy pregnancy and delivery.

当自治体では、あなたの出産や子育てを妊娠中から応援します。

この妊娠届出書は、当自治体の母子保健以外の目的では使用いたしません。なお、母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳などの情報について、(市長・区長・町長・村長)が調査・取得利用することがあります。また、必要に応じて保健師が訪問や電話等をします。

母子の健康管理やすこやかな妊娠・出産を迎えるために必要な場合は、医療機関等の関係機関に情報提供・照会することがありますので、ご了承ください。

I will submit the notification as described above.

Mayor of \_\_\_\_\_ 長 様

上記の通り届出いたします。

Y年 M月 D日

Notifier

とどけで、しゃめい 届出者名

Thank you for your cooperation. 協力ありがとうございます

面談者