

Formulir Pelaporan Kehamilan 妊娠届出書

Nomor Identitas Pribadi(My Number) Ibu Hamil 妊婦本人の個人番号 (マイナンバー)									

Nomor Pengeluaran Buku Kesehatan Ibu dan Anak 母子健康手帳交付番号		
Tanggal Pelaporan Kehamilan 妊娠届出日		
Tahun 年	Bulan 月	Tanggal 日

Ibu Hamil 妊婦	Furigana フリガナ	
	Nama 氏名	
	<input type="checkbox"/> Sudah Menikah 既婚 <input type="checkbox"/> Belum Menikah 未婚 (Rencana Pernikahan 入籍予定 <input type="checkbox"/> Ada 有 <input type="checkbox"/> Tidak Ada 無)	
	Tanggal Lahir 生年月日	Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日 (____ tahun 歳)
	Tempat Tinggal Tetap(Kewarganegaraan) 本籍地(国籍)	Prefektur/Kota 都道府県
	Alamat Saat Ini 現住所	(〒 -)
	Pekerjaan 職業	
	Jam Kerja 勤務時間	: ~ : Hari Kerja dalam Seminggu 週日 _____
Nomor Telepon Kontak 連絡先	Rumah 自宅: Telefon 携帯:	
Kondisi Kehamilan 妊娠等の状況	Jumlah Kehamilan(termasuk kehamilan saat ini) 妊娠回数(今回の妊娠含む)	Kehamilan ke- ____ 回目
	Jumlah Persalinan 出産回数	<input type="checkbox"/> Tidak Ada なし <input type="checkbox"/> Ada あり (Persalinan ke- ____ 回目)
	Jumlah Keguguran dan Kelahiran Prematur 流産・早産等の回数	
	<input type="checkbox"/> Tidak Ada なし	
	<input type="checkbox"/> Ada あり	Keguguran 流産 ____ kali 回 Prematur 早産 ____ kali 回 Bayi Meninggal Saat Lahir 死産 ____ kali 回 Aborsi 中絶 ____ kali 回
	Nama Fasilitas dan Dokter/Bidan yang Memeriksa pada Kehamilan Saat Ini 今回の妊娠で診断や保健指導を受けた施設名・診断者	
	Nama Dokter/Bidan yang Memeriksa 診断した医師・助産師名	
	Nama Fasilitas untuk Pemeriksaan Kehamilan 妊婦健診を受ける施設名	
	<input type="checkbox"/> Sama seperti di atas 同上 <input type="checkbox"/> Selain yang disebutkan di atas 上記以外 (_____)	
	Rumah Sakit Tempat Persalinan 出産予定病院	
<input type="checkbox"/> Sama seperti di atas 同上 <input type="checkbox"/> Selain yang disebutkan di atas 上記以外 (_____)		
※Alasan jika selain yang disebutkan di atas 上記以外の場合の理由 (<input type="checkbox"/> Pulang Kampung 里帰り <input type="checkbox"/> Pindah 転出 <input type="checkbox"/> Lainnya その他: _____)		
Jumlah Minggu Kehamilan(saat pelaporan) 妊娠週数(届出現在)	Minggu ke- ____ 週 (bulan ke- ____ か月)	
Perkiraan Tanggal Persalinan 出産予定日	Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日	

	Tes Penyakit Menular pada Kehamilan Ini 今回の妊娠で性病検査を	
	<input type="checkbox"/> Sudah 受けた	<input type="checkbox"/> Belum 受けていない
	Tes Tuberkulosis pada Kehamilan Ini 今回の妊娠で結核検査を	
	<input type="checkbox"/> Sudah 受けた	<input type="checkbox"/> Belum 受けていない
Ayah Bayi 赤ちゃんの父親	Furigana ぶりがな	
	Nama 氏名	
	Tanggal Lahir 生年月日	Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日 (____ tahun 歳)
	Pekerjaan 職業	
	Jam Kerja 勤務時間	: ~ : Hari Kerja dalam Seminggu 週日 _____
Riwayat Medis Ibu Hamil 妊婦の既往歴等	Apakah Anda pernah didiagnosis dengan hipertensi pada kehamilan sebelumnya? 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"/> Tidak ない	<input type="checkbox"/> Ya ある
	Apakah Anda pernah mengalami penyakit berikut? Jika ya, bagaimana kondisi perawatannya saat ini? 次の病気に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"/> Hipertensi 高血圧 <input type="checkbox"/> Nefritis Kronis 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎 <input type="checkbox"/> Penyakit Jantung 心臓病 <input type="checkbox"/> Penyakit Tiroid 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> Penyakit Ginekologi 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> Gangguan Mental こころの不調 <input type="checkbox"/> Lainnya その他 (_____)	
	【Kondisi Saat Ini 現在: <input type="checkbox"/> Dalam Perawatan 治療中 <input type="checkbox"/> Observasi 経過観察中 <input type="checkbox"/> Sembuh 完治】	
	Apakah Anda merokok? あなたはタバコを吸いますか。	
	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ	<input type="checkbox"/> Berhenti karena hamil 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> Ya はい (__ batang 本 /hari 日)
	Apakah ada anggota keluarga yang merokok? タバコを吸う家族はいますか。	
	<input type="checkbox"/> Tidak いいえ	<input type="checkbox"/> Suami 夫 (__ batang 本 /hari 日) <input type="checkbox"/> Lainnya その他 _____ (__ batang 本 /hari 日)
	(*Untuk keluarga yang merokok ※タバコを吸う家族がいる方へ) Dimanakah lokasi utama merokok? 主な喫煙場所はどこですか。	
<input type="checkbox"/> Luar Ruangan 外 <input type="checkbox"/> Di Dalam Ruangan 部屋 <input type="checkbox"/> Di Bawah Ventilasi 換気扇の下 <input type="checkbox"/> Di Dalam Mobil 車の中 <input type="checkbox"/> Lainnya その他 (_____)		
Apakah Anda minum alkohol? あなたはアルコールを飲みますか。		
<input type="checkbox"/> Tidak いいえ	<input type="checkbox"/> Berhenti karena hamil 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> Ya はい (__ kali 回 /minggu 週)	

Tujuan Penggunaan Nomor Identitas Pribadi

Nomor identitas pribadi ibu hamil dikumpulkan dan dikelola berdasarkan Pasal 15 Undang-Undang Kesehatan Ibu dan Anak serta Pasal 3 Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang tersebut. Nomor ini digunakan untuk keperluan pelaporan kehamilan, penerbitan Buku Kesehatan Ibu dan Anak, bimbingan kesehatan untuk ibu hamil dan menyusui, kunjungan bayi baru lahir, bimbingan kesehatan, serta pemeriksaan kesehatan.

《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。

自治体確認欄

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

Kuesioner Kesehatan Ibu dan Anak (Kuesioner Terkait Kehamilan dan Persalinan) 母子保健アンケート

[1] Harap beri tanda ✓ pada anggota keluarga yang tinggal serumah. 同居している家族に✓をつけてください。

- Suami(Pasangan) 夫 (パートナー) Anak 子ども (_____ orang 子どもの人数)
 Ayah Mertua(Ayah Suami) 義父 Ibu Mertua(Ibu Suami) 義母 Ayah(Ayah Ibu Hamil) 実父
 Ibu(Ibu Ibu Hamil) 実母 Lainnya その他 (_____)

Tuliskan tanggal lahir anak Anda. お子さんの生年月日をご記入ください。

Tahun 年	Bulan 月	Tanggal 日	Tahun 年	Bulan 月	Tanggal 日
Tahun 年	Bulan 月	Tanggal 日	Tahun 年	Bulan 月	Tanggal 日

[2] Beri tahu kami kondisi Anda sebelum hamil dan kebiasaan sehari-hari Anda. Pilih yang sesuai dengan lingkaran (✓). 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。

- Tinggi Badan 身長 _____ cm • Berat Badan(Sebelum Hamil) 体重(妊娠前) _____ kg
• Frekuensi Makan per Hari 食事 _____ kali 回/1日
• Obat Rutin 常用薬 Tidak Ada なし Ada あり (_____)
• Kartu yang Dimiliki(Kesejahteraan Sosial) 持っている手帳
 Tidak Ada なし
 Ada あり Kartu Disabilitas Fisik 身体障害者手帳 Kartu Pendidikan 養育手帳
 Kartu Kesehatan Mental dan Kesejahteraan Sosial 精神保健福祉手帳

[3] Apakah Anda mengalami perawatan infertilitas atau perawatan keguguran pada kehamilan ini?
今回の妊娠で不妊治療または不育治療をしましたか。

- Tidak していない Menjalani perawatan infertilitas 不妊治療をした
 Menjalani perawatan keguguran(termasuk sedang dalam perawatan) 不育治療をした(治療中を含む)

[4] Bagaimana perasaan Anda ketika mengetahui bahwa Anda hamil?(Pilih lebih dari satu jika perlu)
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)

- Senang 嬉しかった Terkejut tapi senang 予想外で驚いたが嬉しかった Terkejut dan bingung 予想外で戸惑った
 Cemas 不安 Lainnya その他 (_____)

[5] Bagaimana perasaan suami (pasangan) Anda saat mengetahui Anda hamil?(Pilih lebih dari satu jika perlu)
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)

- Senang 嬉しかった Terkejut tapi senang 予想外で驚いたが嬉しかった Terkejut dan bingung 予想外で戸惑った
 Cemas 不安 Lainnya その他 (_____)

[6] Apakah Anda merasa bahwa Anda tumbuh dengan penuh kasih sayang saat masih kecil?
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。

- Ya がある Sedikit merasa demikian なんとなくある Tidak terlalu merasa demikian あまりない
 Tidak sama sekali ない Lainnya その他 (_____)

[7] Apakah Anda memiliki seseorang yang dapat diajak berkonsultasi selama kehamilan? 妊娠中に相談できる方はいますか。

- Ya はい (Suami atau Pasangan 夫またはパートナー Ibu(Ibu Ibu Hamil) 実母 Ayah(Ayah Ibu Hamil) 実父
 Ibu Mertua(Ibu Suami) 義母 Ayah Mertua(Ayah Suami) 義父 Saudara Kandung きょうだい Teman 友人
 Lainnya その他 [_____])
 Tidak いいえ

[8] Apakah ada seseorang yang akan membantu Anda dalam pekerjaan rumah tangga dan pengasuhan anak setelah melahirkan? 出産後、家事や育児を手伝ってくれる方はいますか。

- Ya はい (Suami atau Pasangan 夫またはパートナー Ibu(Ibu Ibu Hamil) 実母 Ayah(Ayah Ibu Hamil) 実父
 Ibu Mertua(Ibu Suami) 義母 Ayah Mertua(Ayah Suami) 義父 Saudara Kandung きょうだい Teman 友人
 Lainnya その他 [_____])
 Tidak いいえ

[9] Apakah suami(pasangan) Anda memberikan dukungan emosional kepada Anda?

夫 (パートナー) はあなたを精神的に支えてくれますか。

- Sangat mendukung よく支えてくれる Mendukung dalam batas tertentu 多少支えてくれる
 Tidak terlalu mendukung あまり支えてくれない Tidak mendukung sama sekali 全く支えてくれない
 Lainnya その他 (_____)

[10] Dalam satu tahun terakhir, apakah Anda mengalami gejala seperti "sulit tidur," "mudah tersinggung," "mudah menangis," atau "tidak punya semangat" yang berlangsung lebih dari dua minggu?

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。

- Tidak いいえ
 Ya はい ・Gejala 症状 (_____)
・Apakah sudah berkonsultasi? 受診の有無 Tidak なし Ya あり

[11] Apa rencana Anda setelah melahirkan terkait pekerjaan? 産後の仕事の予定を教えてください。

- Akan mulai bekerja atau mencari pekerjaan baru 新たに仕事をするまたは探す予定
 Akan kembali bekerja setelah cuti melahirkan/cuti pengasuhan anak 産休・育休の後復帰する予定
 Berencana berhenti bekerja sebelum melahirkan 産前で退職予定
 Berencana berhenti setelah masa cuti pengasuhan anak berakhir 育児休業期間終了後退職予定
 Lainnya その他 (_____)

[12] Apakah ada hal yang membuat Anda khawatir atau perhatian selama kehamilan atau setelah melahirkan?

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。

- Tidak ada 特になし Kesehatan pribadi 自分の健康面 Gaya hidup selama kehamilan 妊娠生活の送り方
 Pemeriksaan kehamilan 妊婦健診のこと Anak-anak(janin atau anak yang lebih tua) 子どものこと (おなかの子や上の子)
 Keluarga 家族のこと Hubungan dengan suami/pasangan(pengelolaan uang, kehilangan pekerjaan, kekerasan fisik/mental, dll.) 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) Persalinan 出産のこと
 Masalah keuangan 経済面 Menyeimbangkan pekerjaan dan keluarga 仕事との両立
 Lainnya その他 (_____)

[13] Harap beri tahu kami hari dan waktu yang nyaman jika kami perlu menghubungi Anda di kedepannya.

今後ご連絡する場合がありますのでご都合の良い曜日や時間帯等を教えてください。

Kami di pemerintah daerah akan mendukung Anda dari masa kehamilan hingga pengasuhan anak. Formulir pelaporan kehamilan ini tidak akan digunakan untuk tujuan selain layanan kesehatan ibu dan anak di wilayah kami. Kami mungkin perlu memperoleh dan menggunakan informasi dari KTP penduduk terkait layanan kesehatan ibu dan anak. Selain itu, petugas kesehatan mungkin akan mengunjungi atau menghubungi Anda melalui telepon jika diperlukan.

Jika perlu untuk mendukung kesehatan ibu dan anak atau memastikan kehamilan dan persalinan berjalan lancar, informasi Anda mungkin akan dibagikan atau ditanyakan kepada lembaga medis terkait.

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。

Saya menyatakan bahwa informasi yang saya laporkan adalah benar.

上記の通り届出いたします。

Kepada _____ 長 様

Tahun 年 Bulan 月 Tanggal 日

Nama Pelapor

届出者名 _____

Terima kasih atas kerja samanya. ご協力ありがとうございます

面談者