

妊娠登记表 妊娠届出書

孕妇本人的个人编号 妊婦本人の個人番号 (マイナンバー)	母子健康手冊发放编号 母子健康手帳交付番号
	妊娠登记日期 妊娠届出日
	年 年 月 月 日 日

孕妇 妊婦	注音假名 ふりがな	
	姓名 氏名	
	<input type="checkbox"/> 已婚 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 未婚 (结婚登记的预定 入籍予定 <input type="checkbox"/> 有 有 <input type="checkbox"/> 无 無)	
	出生年月日 生年月日	年 年 月 月 日 日 (____ 岁 歳)
	原籍 (国籍) 本籍地 (国籍)	都道府县 都道府県
	现在住址 現住所	(千 -)
	职业 職業	
	工作时间 勤務時間	: ~ : 周 週 ____ 天 日
电话号码 連絡先	家庭座机 自宅: 手机 携帯:	
妊娠等状况 妊婦等の状況	妊娠次数 (含本次妊娠) 妊娠回数 (今回の妊娠含む)	第 ____ 次 回目
	分娩次数 出産回数	<input type="checkbox"/> 无 なし <input type="checkbox"/> 有 あり (第 ____ 次 回目)
	流产・早产次数 流産・早産等の回数	
	<input type="checkbox"/> 无 なし <input type="checkbox"/> 有 あり 流产 流産 ____ 次 回 早产 早産 ____ 次 回 死产 死産 ____ 次 回 人工流产 中絶 ____ 次 回	
	本次妊娠时接受妊娠诊断或保健指导的机构名称・诊断者姓名 今回の妊娠で診断や保健指導を受けた施設名・診断者	
	诊断医生姓名・助产士姓名 診断した医師・助産師名	
	接受孕妇健康检查的机构名称 妊婦健診を受ける施設名	
	<input type="checkbox"/> 同上 同上 <input type="checkbox"/> 其它机构 上記以外 (____)	
	预定分娩医院 出産予定病院	
	<input type="checkbox"/> 同上 同上 <input type="checkbox"/> 其它 上記以外 (____) ※上述情况以外的理由 上記以外の場合の理由 (<input type="checkbox"/> 回故乡 里帰り <input type="checkbox"/> 搬迁 転出 <input type="checkbox"/> 其它 その他: ____)	
妊娠周数 (登记日为止) 妊娠週数 (届出現在)	第 ____ 周 週 (____ 个月 か月)	
预产期 出産予定日	年 年 月 月 日 日	

	本次妊娠有无接受性病检查 今回の妊娠で性病検査を		
	<input type="checkbox"/> 有 受けた <input type="checkbox"/> 没有 受けていない		
	本次妊娠有无接受结核检查 今回の妊娠で結核検査を		
	<input type="checkbox"/> 有 受けた <input type="checkbox"/> 没有 受けていない		
孩子的父亲 <small>あかのちち</small> 赤ちゃんの父親	注音假名 ふりがな		
	姓名 氏名		
	出生年月日 生年月日	年 年 月 月 日 日 (____ 岁 歳)	
	职业 職業		
	工作时间 勤務時間	: ~ :	周 週 _____ 天 日
孕妇既往病史等 <small>にんぶ きおうれきなど</small> 妊婦の既往歴等	至今为止您在妊娠中曾被诊断过患有妊娠高血压吗? <small>いま にんしん にんしんこうけつあつしやう しんだん</small> 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"/> 没有 ない <input type="checkbox"/> 有 ある		
	您曾经患有以下的疾病吗? 请告知您现在的治疗情况。 <small>つぎ びやうき</small> 次の病気に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"/> 高血压 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性肾炎 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 肝炎 <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾病 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 妇科疾病 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 心理问题 こころの不調 <input type="checkbox"/> 其它 其他 (_____)		
	【现状 現在 : <input type="checkbox"/> 治疗中 治療中 <input type="checkbox"/> 定期检查 経過観察中 <input type="checkbox"/> 治愈 完治】		
	您是否吸烟呢? あなたはタバコを吸いますか。		
	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 怀孕以后戒了 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 是 はい (____ 支 本 / 天 日)		
	您的家人是否吸烟呢? タバコを吸う家族はいますか。		
	<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 丈夫 夫 (____ 支 本 / 天 日) <input type="checkbox"/> _____ (____ 支 本 / 天 日)		
	(* 关于家庭成员中有吸烟人员的 ※タバコを吸う家族がいる方へ) 主要的吸烟场所是哪里呢? 主な喫煙場所はどこですか。		
<input type="checkbox"/> 外面 外 <input type="checkbox"/> 家里 部屋 <input type="checkbox"/> 换气扇下 換気扇の下 <input type="checkbox"/> 车内 車の中 <input type="checkbox"/> 其它 其他 (_____)			
您是否饮酒呢? あなたはアルコールを飲みますか。			
<input type="checkbox"/> 否 いいえ <input type="checkbox"/> 怀孕以后戒了 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 是 はい (____ 次 回 / 周 週)			

关于个人编号的使用目的

根据《母子保健法》第 15 条和《母子保健法施行规则》第 3 条的规定，对孕妇的个人编号进行收集和管理，并将其用于妊娠登记、母子健康手册发放、孕产妇保健指导、新生儿访视和保健指导、健康检查等相关行政工作。

《个人编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	

母子健康调查表（关于怀孕和分娩的调查表） 母子保健アンケート

【1】请在与您同住的家庭成员处打“√”。同居している家族に√をつけてください。

丈夫（伴侣） 夫（パートナー） 孩子 子ども（_____人） 公公（丈夫的父亲） 義父 婆婆（丈夫的母亲） 義母
 父亲（孕妇的父亲） 実父 母亲（孕妇的母亲） 実母 其他 その他（_____）

请填写孩子的出生年月日。お子さんの生年月日をご記入ください。

年 年 月 月 日 日 年 年 月 月 日 日 年 年 月 月 日 日 年 年 月 月 日 日

【2】请告诉我们您怀孕前的情况和平时的生活状况。同时，请圈出所有符合的项目。

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。

・ 身高 身長 _____ 厘米 cm ・ 体重（怀孕前） 体重（妊娠前） _____ 公斤 kg ・ 饮食 食事 _____ 次 回 / 1 天 1 日
 ・ 家庭备用药物 常用薬 无 なし 有 あり（_____）
 ・ 持有的手册（福祉） 持っている手帳
 无 なし
 有 あり 身体残障者手册 身体障害者手帳 养育手册 養育手帳 精神保健福祉手册 精神保健福祉手帳

【3】您是否为这次怀孕进行过不孕或女性不育治疗？ 今回の妊娠で不妊治療または不育治療をしましたか。

否 していない 进行过不孕治疗 不妊治療をした 进行过女性不育治疗（含治疗中） 不育治療をした（治療中を含む）

【4】请告诉我们您在得知怀孕时的心情（可以选择多项）。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）

高兴 嬉しかった 意料之外但很高兴 予想外で驚いたが嬉しかった 因出乎意料而不知所措 予想外で戸惑った
 感到不安 不安 其它 その他（_____）

【5】请告诉我们在得知怀孕时，您丈夫（伴侣）的心情（可以选择多项）。

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）

高兴 嬉しかった 意料之外但很高兴 予想外で驚いたが嬉しかった 因出乎意料而不知所措 予想外で戸惑った
 感到不安 不安 其它 その他（_____）

【6】您觉得自己是在有有爱有亲情的环境中长大的吗？ 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。

有 ある 似乎有 なんとなくある 几乎没有 あまりない 没有 ない
 其它 その他（_____）

【7】怀孕期间有可以商量的人吗？ 妊娠中に相談できる方はいますか。

有 はい（ 丈夫或伴侣 夫またはパートナー 母亲（孕妇的母亲） 実母 父亲（孕妇的父亲） 実父
 婆婆（丈夫的母亲） 義母 公公（丈夫的父亲） 義父 兄弟姐妹 きょうだい 朋友 友人
 其它 その他 [_____])
 没有 いいえ

【8】分娩后，有可以帮助您做家务和养育孩子的人吗？ 出産後、家事や育児を手伝ってくれる方はいますか。

有 はい（ 丈夫或伴侣 夫またはパートナー 母亲（孕妇的母亲） 実母 父亲（孕妇的父亲） 実父
 婆婆（丈夫的母亲） 義母 公公（丈夫的父亲） 義父 兄弟姐妹 きょうだい 朋友 友人
 其它 その他 [_____])
 没有 いいえ

【9】您的丈夫（伴侣）是否在精神上支持您？ 夫（パートナー）はあなたを精神的に支えてくれますか。

非常支持 よく支えてくれる 多少有些支持 多少支えてくれる 不太支持 あまり支えてくれない 一点都不支持 全く支えてくれない
 其它 その他（_____）

【10】 在过去的—年中，您是否出现过持续两周以上的“入睡困难”“易怒”“易感流泪”或“不想做任何事”等状况？

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。

否 いいえ

是 はい ・症状 症状 (_____)

・是否曾经就诊 受診の有無 否 なし 是 あり

【11】 请告诉我们您分娩后的工作预定。産後の仕事の予定を教えてください。

开始新的工作或找工作 新たに仕事をするまたは探す予定 预定在休完产假、育儿假后返岗 産休・育休の後復帰する予定

预定在分娩前辞职 産前で退職予定 预定在休完育儿假后辞职 育児休業期間終了後退職予定

其它 その他 (_____)

【12】 您对怀孕或分娩后有什么担忧或顾虑吗？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。

没有 特にない 自己的健康状况 自分の健康面 如何度过孕期生活 妊娠生活の送り方 有关孕妇健康检查 妊婦健診のこと

孩子的事情 (腹中的孩子或大的孩子) 子どものこと (おなかの子や上の子) 有关家人的事情 家族のこと

与丈夫 (伴侣) 的关系 (金钱的使用方法、失业、身体或精神的暴力)

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) 有关分娩的事情 出産のこと 经济方面 経済面

如何兼顾工作 仕事との両立 其它 その他 (_____)

【13】 请告诉我们您每周哪几天和什么时间方便，以便我们今后与您联系。

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。

自治体政府会从您怀孕开始，为您的分娩和育儿提供支持。

本妊娠登记表不会用于自治体母子保健以外的其它目的而使用。请注意，(市长、区长、町长、村长) 在调查、获取有关母子保健服务所需要的居民基本台账等的信息时会使用。另外，保健师会根据需要进行探视或电话联系。

为了母子的健康管理以及健康的妊娠和分娩，必要时可能会向医疗机构等的相关组织提供或确认信息，请予理解。

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・区长・町長・村长) 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。

如上述进行登记。

上記の通り届出いたします。

長 長 様

年 年 月 月 日 日

登记人姓名

届出者名

非常感谢您的协助！ 感谢您的協力ありがとうございます

面談者