

Pregnancy Notification Form

妊娠届出書

		Maternal and child health handbook Issuance Number 母子健康手帳交付番号	
Pronunciation ふりがな Mother's name (pregnant woman) 母親氏名(妊婦)		Date of birth 生年月日 ____(yy)____(mm)____(dd) 年 月 日	Age 年齢 _____years old 満 歳
Pronunciation ふりがな Father's name 父親氏名		Date of birth 生年月日 ____(yy)____(mm)____(dd) 年 月 日	Age 年齢 _____years old 満 歳
Are you currently registered as a local resident in Higashiosaka City? (Yes No) 東大阪市に住民票はございますか？ (はい いいえ)		If not, please indicate the city/ ward/ town/ village where you are registered. () ◎いいえの場合 所在市区町村名 ()	
Registered address (Residential address) 住民票所在地 (居住地)	東大阪市 (Higashiosaka City)		Tel _____ 電話
Number of weeks of pregnancy 妊娠週数	_____weeks 満 週	妊娠 回目 (うち流産 回)	Name of medical facility/midwifery center that diagnosed your pregnancy 妊娠の診断を受けた医療機関・助産所の名称 ()
Expected date of delivery 分娩予定日	____(yy)____(mm)____(dd) 年 月 日	Number of pregnancy: _____st/nd/rd/th time(s) Number of miscarriage: _____time(s)	Name of medical facility/midwifery center that you are going to give birth (Same as above・Not decided yet・Other) 出産予定の医療機関・助産所の名称 (同上・未定・その他)
Have you received health checks regarding STDs? (Yes / No) 性病に関する健康診断の有無 (受けた・受けていない)		Have you received health checks regarding tuberculosis? (Yes / No) 結核に関する健康診断の有無 (受けた・受けていない)	
*Please answer the question above only if you had a blood test, tuberculin reaction test, or chest radiography. * 今回の妊娠で血液検査、ツベルクリン反応検査、胸部レントゲン検査を受けたか否かによって記入すること			
Do you have any plan to move out from Higashiosaka around expected delivery date? (Yes / No) 今後、出産前後に転出予定はございますか？ (はい・いいえ)		Name of the city/ ward/ town/ village where you are scheduled to move in: (転出予定市区町村名)	
(To) Mayor of Higashiosaka City (あて先) 東大阪市長 I notify this pregnant woman's status as above. 上記のとおり届出ます。 ____(yy)____(mm)____(dd) Name of person submitting this form Relationship with pregnant woman(____) 年 月 日 届出人氏名 妊婦との続柄 ()			

The results of this survey will be used to protect the health of the mother and her baby.

We ask your kind cooperation, and assure you that your private information will be protected. Please circle answers that pertain to you, and fill in the blank within the parentheses () when necessary.

このアンケートは、お母さんと産まれてくる赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。
 秘密は堅く守りますので、ご協力ください。当てはまるものを○で囲み、()内にご記入ください。

1. Is everything going well with your pregnancy? 現在、妊娠は順調ですか	Yes / No (Reason:) はい ・ いいえ (理由)
2. Have you ever been diagnosed with gestational hypertension syndrome (toxemia of pregnancy) in this or any past pregnancies? 今までの妊娠で、妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)といわれたことがありますか	No / Yes (high blood pressure, high protein count in urine) いいえ ・ はい(高血圧・蛋白尿)
3. Do you currently drink alcohol? アルコールは現在飲みますか	No ・ I quit ・ I drink sometimes ・ I frequently drink 飲まない ・ やめた ・ 時々飲む ・ よく飲む
4. Do you currently smoke? たばこは現在、吸いますか	No ・ Quit before I became pregnant ・ Quit after I became pregnant ・ I currently smoke (____cigarettes per day) 吸わない ・ 妊娠前に禁煙 ・ 妊娠後に禁煙 ・ 現在喫煙中 (本/日)
Is anyone around you smoke? 周りに吸う人はいますか	No / Yes (Spouse Family member Other) いない ・ いる (配偶者 家族 その他)
※Public Health Center provides support to stop smoking during pregnancy. If you'd like to receive the support, please mark with a circle in a bracket. A public health nurse will contact you at a later date. ※保健センターでは妊娠中からの禁煙サポートをしています。サポート希望の方は、丸印をつけてください。別途、後日担当保健師からご連絡します。	Yes, I would like to receive support. () 希望あり ()
5. Have you experienced any serious illnesses? 今までに大きな病気にかかったことがありますか	No / Yes (Name of illness:) いいえ ・ はい (病名)
6. Have you ever consulted someone about psychological problem? 今までこころの問題でどこかに相談したことはありますか?	No / Yes いいえ ・ はい
7. How do you feel about this pregnancy? 今回、妊娠されて今のお気持ちはいかがですか	a. Happy b. Anxious c. Bewildered d. Other a うれしい b 不安 c とまどいがある d その他
8. Was this a planned pregnancy? 今回、予定した妊娠でしたか	Yes / No はい ・ いいえ
9. Do you have someone to consult with or help you with this pregnancy and delivery? 妊娠、お産のことで相談や協力してくれる人がいますか	Yes / No はい ・ いいえ
10. Do you have someone to consult with when you have a problem? 困ったときに相談できる人がいますか	Yes(Husband, my mother, others) / No はい(夫・実家の母・その他) ・ いいえ
11. Do you have financial difficulties or feel instable economically? 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか	No / Yes いいえ ・ はい
12. Is there anything you would like to receive consultation about regarding your pregnancy and delivery? 何か相談したいことがありますか	No / Yes (Content:) いいえ ・ はい (内容)

The Health Center provides consultation by phone, interviews and home visits for pregnant women. Please feel free to consult us.

If you require an interpreter for consultation, please contact the Health Center or the International Information Plaza (06-4309-3311) prior to consultation.

※保健センターでは、妊娠中から保健師等が電話、面接、家庭訪問で相談を受けています。気軽にご相談ください。相談に通訳が必要な場合は、保健センターまたは東大阪市国際情報プラザに事前にお問い合わせください。06-4309-3311