

Requests for those who have submitted a pregnancy notification

❀ 妊娠届出書を提出された方へ ❀

志木市では、みなさまが安心して子育てしていただけるように、妊娠中からサポートを行います。  
差し支えない範囲で下記の質問にご記入をお願いいたします。

Shiki city provides support during pregnancy so that you can raise children with peace of mind.  
Please fill in the following questions as much as you can.

Date filled in 記入日： 年yy 月mm 日dd

Address： 上宗岡 Kamimuneoka 中宗岡 Nakamuneoka 下宗岡 Shimomuneoka  
本町 Honcho 幸町 Saiwaicho 館 Tate 柏町 Kashiwacho

<p>1. 妊婦氏名 Name of pregnant woman 年齢・職業・連絡先 Age/Occupation/Contact</p>	<p>氏名 Name of pregnant woman 年齢 Age :          years old 職業 Occupation : TEL:</p>	
<p>2. 夫(パートナー)氏名 Name of spouse/partner 年齢・職業・連絡先 Age/Occupation/PhoneMobile</p>	<p>氏名 Name of spouse/partner 年齢 Age :          years old 職業 Occupation : TEL: 同居 Living in the same household : 有 Yes / 無 No → (理由 Reason :          )</p>	
<p>3. 家族状況について Please describe your family unit's structure.</p>	<p>同居している家族 Cohabiting family <input type="checkbox"/>実父 your father          <input type="checkbox"/>実母 your mather <input type="checkbox"/>義父 partner's father    <input type="checkbox"/>義母 partner's mother <input type="checkbox"/>子ども your children (人数 How many :          ) <input type="checkbox"/>その他 other (          )</p>	
<p>4. 結婚された年齢 How old were you when you got married?</p>	<p>・入籍：有 Married (          ) Years old / 無 Not married ・婚姻の予定 Expected to register officially? 無 No / 有 Yes → (          yy          mm)</p>	
<p>5. 出産予定日/妊娠週数 Estimated delivery date/ Weeks of pregnancy</p>	<p>yy          mm          dd / (          ) Weeks 単胎 Single birth / 多胎 Multiple birth</p>	
<p>6. これまでの妊娠状況 Have you ever given birth?</p>	<p>初産 No, this is the first time.</p>	<p>経産          回 Yes, this is the _____ time.</p>
<p>7. 今回の妊娠は不妊治療を しましたか? Did you receive infertility treatment for this pregnancy?</p>	<p>1、自然に妊娠した No</p>	<p>2、治療して妊娠した Yes 治療名 What kind of treatment? : (          ) 期間 Period : years          months</p>
<p>8. 医療機関名 Name of medical facility</p>	<p>please write the name of the medical facility that you are going to give birth</p>	
<p>9. 今回、妊娠されて お気持ちはいかがですか How did you feel about your pregnancy infinding out that you were pregnant?</p>	<p>1、とても嬉しかった Pleased 2、予想外だったが嬉しかった Pleased even though it was unexpected 3、予想外で戸惑った Confused as it was unexpected 4、困った Troubled (理由 Reason :          ) 5、出産を迷っている Hesitate to give birth (理由 Reason :          ) 6、その他 Other (          )</p>	
<p>10. 現在の体調はいかがですか How is your current physical condition?</p>	<p>1、よい Good 2、ふつう Usually 3、よくない No good (<input type="checkbox"/>つわり evil <input type="checkbox"/>頭痛 headache <input type="checkbox"/>出血 irregular bleeding <input type="checkbox"/>不眠 insomnia etc) 4、その他 Other (          )</p>	

◆裏面の記入もお願いします Please fill in the back

1 1. 今までにかかったことのある病気はありますか? Have you ever had any illness?	1、なし None	
	2、あり I had some problem.	<input type="checkbox"/> 高血圧 High blood pressure <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 腎臓病 Kidney disease <input type="checkbox"/> 精神疾患 Mental disease <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 Thyroid disease <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 Gynecological disorders <input type="checkbox"/> その他 Other ( )
1 2. 現在治療中の病気はありますか Are there any ailments currently being treated?	1、なし None	
	2、あり I had some problem.	<input type="checkbox"/> 高血圧 High blood pressure <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 腎臓病 Kidney disease <input type="checkbox"/> 精神疾患 Mental disease <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 Thyroid disease <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 Gynecological disorders <input type="checkbox"/> その他 Other ( ) ・内服薬 medication : なし No / あり Yes ( )
1 3. 今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことはありますか Have you ever consulted a specialist in psychosomatic medicine or a psychiatrist?	<input type="checkbox"/> 精神科 psychosomatic medicine <input type="checkbox"/> 心療内科 a psychiatrist <input type="checkbox"/> カウンセラー counselor	
	1、はい Yes	①何歳の頃 Hou old where you when you connsulted? about years old ②症状 What were the symptoms? ( ) ③服薬治療 Did you use internal medicine? 有 Yes / 無 No
1 4. 妊娠、出産、育児について相談できる人、協力してくれる人がいますか Is there anyone to support and help you withthe pregnancy? If yes, how many people?	<input type="checkbox"/> 夫 / パートナー spouse / partner <input type="checkbox"/> 兄弟 brother(s) <input type="checkbox"/> 母方の祖母 your mother <input type="checkbox"/> 母方の祖父 your father <input type="checkbox"/> 父方の祖母 paternal mother <input type="checkbox"/> 父方の祖父 paternal father <input type="checkbox"/> 同国出身の友人 friends from the same country <input type="checkbox"/> 日本人の友人 Japanese friends <input type="checkbox"/> その他 others <input type="checkbox"/> いない No	
	2、いいえ No	
1 5. タバコを吸いますか Do you currently smoke?	1、はい Yes (      本/日 per day ) (期間 Period :      years)	2、いいえ No ・もともと飲まない I never drink ・妊娠がわかってやめた I have quit due to this pregnancy.
1 6. パートナーはタバコを吸いますか Does your partner or someone who lives with you smoke?	1、はい Yes <input type="checkbox"/> 夫 / パートナー spouse / partner <input type="checkbox"/> 他 Other (      )	2、いいえ No
1 7. お酒を飲みますか Do you drink alcohol?	1、はい Yes <input type="checkbox"/> 毎日飲む every day <input type="checkbox"/> 時々飲む sometimes	2、いいえ No <input type="checkbox"/> もともと飲まない I never drink <input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた I have quit due to this pregnancy.

