

Notificación de embarazo

Señor/a Alcalde de la ciudad _____

Fecha de aviso Año Mes Día

(Furigana) Nombre de la embarazada	Casada · Soltera (Previsto hacer el registro civil Tiene · No tiene)	Fecha de nacimiento Año mes día	Edad	Profesión	Número individual
(Furigana) Nombre de su pareja		Fecha de nacimiento Año mes día	Edad	Profesión	
Dirección	(〒)	Teléfono No.Celular	()	()	
Cuando recibió instrucciones del médico o la partera.	Primera consulta médica después del embarazo.	Año mes día	Semanas de embarazo	Semanas (Meses)	
	Fecha programada para el parto	Año mes día	¿Se ha hecho un examen médico sobre enfermedades de transfusión sexual?	①Sí	②No
	Notas	①Embarazo normal ②Embarazo múltiple (bebés)	¿Se ha hecho un examen médico de la tuberculosis?	①Sí	②No
	Dirección de la entidad médica, nombre de esta y del médico o la partera.		Tipo de seguro de salud	①Seguro Social(Shakai Hoken) ②Seguro Nacional(Kokumin Hoken) ③Ninguno de los	

*La apoyamos en su embarazo, parto y crianza de su hijo desde el momento de su embarazo. Le aseguramos confidencialidad. Por favor llene las siguientes casillas.

1 ¿Va bien su embarazo?	①Sí ②No (Razón)
2 ¿Ha alumbrado alguna vez?	①Primera vez ②_____ a vez
3 ¿A perdido un bebé o tenido un parto prematuro?	①No ②Sí (He perdido _____ veces el bebé · Partos prematuros · Muerte fetal · Abortos)
4 ¿Hizo algún tratamiento de infertilidad para quedar embarazada?	①Sí ②No
5 ¿Como se sintió cuando supo que estaba embarazada?	①Feliz ②No lo tenía planeado pero me sentí feliz ③Como no lo había planeado me desconcerté ④Tuve apuros ⑤No pense en nada ⑥Otros ()
6 ¿Tiene planes de regresar a su país?	①Sí ②No
7 ¿Tiene a alguien en caso de necesitar ayuda?	①Sí (Personas) ②No
8 ¿Tiene actualmente alguna inquietud, o algún problema?	①No ②Sí⇒⑦Sobre el embarazo/el parto ⑧Económico ⑨Sobre mi salud ⑩Sobre mi relación con mi pareja ⑪Sobre mi familia ⑫Sobre como criar mi hijo ⑬Otros ()
9 ¿Fuma?	①Sí (_____ cigarrillos al día) ②Dejé de fumar desde que quedé embarazada. ③No
10 ¿Fuma su pareja o algún miembro de su familia que viva con usted?	①Sí ②No
11 ¿Actualmente bebe alcohol?	①Sí (_____ veces a la semana) ②No
12 ¿Ha sufrido alguna enfermedad que aún esté curando o haya terminado de curar?	①No ②Sí⇒Enfermedad : Cardia · Hipertensión · Nefritis crónica · Diabetes · Hepatitis · Enfermedad mental (Depresión etc.) · Otras () ¿Cuando fué eso? : () · Sigo bajo tratamiento.
13 En este último año ha tenido durante más de 2 semanas consecutivas dolencias psicológicas como "no poder dormir", "estar de mal humor", "sensible a llorar", "sin ganas de hacer algo"?	①Sí ②No

◎La información en este documento además de ser utilizada para apoyarla en su embarazo y parto, sera utilizada para mejorar la política sobre la salud de Materna y del infante en la ciudad en que usted vive y la prefectura de Aichi. También para hacer análisis estadístico se dará cierta información a la prefectura, pero ninguna de esta podrá ser utilizada para especificar al sujeto. Puede haber el caso de que los datos estadísticos sean publicados.
◎Puede que una enfermera de salud pública la visite en respecto a este documento.