



※発行窓口記入欄

○届出者(本人) ①個人番号確認【個人番号カード・通知カード・その他( )】

②本人確認書類 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【保険証・年金手帳・その他( )】

○届出者(代理人) ①委任状【有・無】②代理人の身元確認【個人番号カード・運転免許証・パスポート・その他( )】

③本人個人番号確認【個人番号カード・通知カード・その他( )】

Kami menyediakan dukungan agar ibu dan bayi bisa menjalani kehidupan dengan nyaman. Mohon untuk diisi.

- 1 Tolong beri tahu rumah sakit tempat rencana melahirkan.
- 2 Apakah kehamilan kali ini lancar?
  - a Iya
  - b Tidak ( )
- 3 Bagaimana perasaan Anda saat mengetahui bahwa Anda hamil?
  - a Senang
  - b Bingung, namun senang
  - c Terkejut dan bingung
  - d Merasa tidak senang
- 4 Apakah saat ini Anda merasa cemas atau khawatir tentang sesuatu?
  - a Tidak ada
  - b Ada
    - Tentang diri sendiri→Fisik • Mental • Yang lainnya ( )
    - Tentang bayi yang ada dalam kandungan
    - Tentang anak yang lebih tua → Cara berinteraksi • Kesehatan • Yang lainnya ( )
    - Tentang keluarga → Hubungan dengan Suami(pasangan), penyakit dalam keluarga, kekerasan suami(pasangan), yang lainnya ( )
    - Tentang masalah ekonomi (Biaya persalinan • Biaya kesehatan • Biaya kehidupan sehari-hari)
    - Pekerjaan • Pekerjaan Rumah Tangga ( )
    - Yang lainnya ( )
- 5 Apakah saat ini Anda(Ibu hamil) merokok?
  - a Tidak merokok
  - b Sudah berhenti karena kehamilan
  - c Merokok ( batang/hari)
- 6 Apakah saat ini Anda(Ibu hamil) minum alkohol?
  - a Tidak minum
  - b Sudah berhenti karena kehamilan
  - c Minum ( kali/minggu)

- 7 Sampai saat ini, apakah ada pengalaman pengobatan infertilitas?  
 a Tidak ada                      b Ada  
 (Apakah kehamilan kali ini merupakan hasil dari pengobatan infertilitas tersebut?  
 → Iya • Tidak)
- 8 Sampai saat ini, apakah Anda punya pengalaman melahirkan bayi prematur  
 (sebelum 37 minggu) atau berat badan lahir rendah (di bawah 2.500g)?  
 a Tidak  
 b Ada (                      Th                      Bln                      Minggu                      g )
- 9 Sampai saat ini, apakah Anda pernah mengalami keguguran atau bayi meninggal  
 saat lahir?  
 a Tidak    b Pernah  
            Keguguran (                      kali)  
            Meninggal saat lahir (                      kali)  
            Bayi meninggal dalam waktu kurang dari 1 tahun setelah lahir
- 10 Apakah kehamilan dan persalinan Anda yang sebelumnya berjalan lancar?  
 (Apabila ini kehamilan yang kedua atau lebih)  
 a Iyab            b Tidak  
            Hipertensi Kehamilan                       Diabetes Kehamilan  
            Operasi Caesar                                       Pertumbuhan janin yang lambat  
            Yang lainnya (                      )
- 11 Rencana pulang ke negara asal  
 a Tidak ada → Orang yang bekerja sama (                      )  
 b Ada                      Waktu (                      )
- 12 Dalam waktu 1 tahun ini, apakah ada gejala "tidak bisa tidur", "merasa kesal", atau  
 "tidak ingin melakukan apapun" selama 2 minggu lebih berturut-turut?  
 a Tidak                      b Ada

