

# 妊 娠 届 出 書

市町村5年間保管

個人番号				*母子健康手帳交付番号 第	号
フリガナ				世帯主氏名	
妊婦氏名				夫の氏名	
年 齢 (生年月日)	( 年 月 日)	歳	職 業	**国	籍
居 住 地	電話番号 ー			妊 娠 週 数 (妊 娠 月 数)	第 週 (第 月)
				分 娩 予 定 日	平 成 年 月 日
今回の妊娠で <b>性病</b> に関する健康診断の有無				受けた	・ 受けない
今回の妊娠で <b>結核</b> に関する健康診断の有無				受けた	・ 受けない
診断又は保健指導を受けたときは		医療機関等の名称			
その医師・助産婦氏名		医師・助産師氏名			
妊 娠 回 数				初回 ・ その他 ( 回)	
上記届出いたします。 年 月 日 上 里 町 長 様 妊 婦 氏 名					

\*印は市町村長が記入すること。\*\*印は外国人のみ記入すること。

# 妊 娠 届 出 書

市町村5年間保管

個人番号				*母子健康手帳交付番号 第	号
フリガナ				世帯主氏名	
妊婦氏名				夫の氏名	
年 齢 (生年月日)	( 年 月 日)	歳	職 業	**国	籍
居 住 地	電話番号 ー			妊 娠 週 数 (妊 娠 月 数)	第 週 (第 月)
				分 娩 予 定 日	平 成 年 月 日
今回の妊娠で <b>性病</b> に関する健康診断の有無				受けた	・ 受けない
今回の妊娠で <b>結核</b> に関する健康診断の有無				受けた	・ 受けない
診断又は保健指導を受けたときは		医療機関等の名称			
その医師・助産婦氏名		医師・助産師氏名			
妊 娠 回 数				初回 ・ その他 ( 回)	
上記届出いたします。 年 月 日 上 里 町 長 様 妊 婦 氏 名					

\*印は市町村長が記入すること。\*\*印は外国人のみ記入すること。

