

妊 娠 届 出 書

受付日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
妊婦氏名		個人番号			
ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
夫・パートナー氏名					
住 所	〒 安芸高田市 町				
電 話 番 号	自宅 (-) ・妊婦携帯 () -				
妊 娠 週 数	現在 週	出 産 予 定 日	年 月 日		
妊娠の診断を受けた 医療機関等の名称		妊娠回数 <small>(流産・死産・中絶含む)</small>	今回を含め	回	
出産予定医療機関		出生順位	第	子	
里帰りをされる方	里帰り先住所				
	電 話 番 号				
	期 間	産後	か月くらい		
健 康 診 断	今回妊娠してから性病検査を受けましたか	受けた ・ 受けていない			
	過去1年間に結核検査を受けましたか	受けた ・ 受けていない			
現在心配なこと 不安なこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (ご自身の身体のこと・ご自身の精神面のこと・妊娠経過のこと おなかの赤ちゃんのこと・出産のこと・出産後の生活のこと・上の子の育児のこと 仕事のこと・夫(パートナー)との関係・経済的なこと その他 ())				
安芸高田市長 様 上記のとおり、妊娠届出をします。 なお、必要に応じ上記及び裏面の情報を妊婦・乳幼児の健康管理のために使用することを承諾します。 妊 婦 氏 名 _____ (代理者氏名) _____ (続柄) _____					

☞ 裏面の質問項目にお答えください。

※市記入欄 記入者 ()

母子健康手帳交付番号	No.
------------	-----

備 考	
-----	--