様式第１号（第２条関係）

◆母子健康手帳交付番号

新規 ・ 追加 ・ 再発行

妊　娠　届　出　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 妊婦氏名 |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　　　歳） | | | | | | | | | | | | |
| 職　業 |  | | 国　籍  （外国人のみ） | |  | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自宅電話番号 |  | | | 携帯電話番号 | | | | |  | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日（　　　　歳） | | | | | | | | |
| 夫（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）  氏　名 |  | | |
| 居住地 |  | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | |
| 職　業 |  | | | 国　籍  （外国人のみ） | | | | |  | | | | | | | | |
| 妊娠週数  （妊娠月数） | 第　　　　　　週  （第　　　　　　月） | | | 分娩予定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 里帰りの予定 | あり・なし | 里帰り先の住所  電話番号： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無 | | | | 受けた・受けていない・受診予定（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無 | | | | 受けた・受けていない・受診予定（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 診断又は保健指導を受けた  ときはその医師・助産師氏名 | | 病院（医院）名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 医師又は助産師氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 妊娠回数（今回の出産を含む。） | | 初回　・　その他（　　　回目） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産回数（今回の出産を含む。） | | 初回　・　その他（　　　回目） | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり届け出ます。なお、母子保健に関する事業のため必要があるときは、妊娠届出書の記載内容を活用することに同意します。

　　　年　　　月　　　日

毛呂山町長　あて

妊 婦 氏 名