

妊 娠 届 出 書

ふりがな		職業	生年月日(年齢)
妊婦氏名			年 月 日生 (歳)
居住地	勇払郡占冠村字	個人番号 (マイナンバー)	
電話番号	— —		
ふりがな		職業	生年月日(年齢)
子の父 氏名			年 月 日生 (歳)
婚姻状況	既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> (入籍予定あり <input type="checkbox"/> 、 入籍予定なし <input type="checkbox"/>)		
里帰り予定	未定 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> (月頃) 様方		
里帰り予定住所: 〒	—		
現在の妊娠週数	第 週	分娩予定日	令和 年 月 日
今回の妊娠は	回目	出産経験	なし ・ あり (回)
妊娠前体重	kg	身長	cm
あなたの喫煙	なし ・ あり	あなたの飲酒	なし ・ あり
子の父の喫煙	なし ・ あり	子の父の飲酒	なし ・ あり
今までにかかったことのある病気	結核 高血圧 糖尿病 心疾患 腎疾患 アレルギー疾患 その他()		
流産又は早産の経験	なし ・ あり (流産 ・ 早産 ・ 死産)		
妊娠高血圧症候群の経験	なし ・ あり (軽症 ・ 中等度 ・ 重症)		
診断又は保健指導を受けた医療機関、医師・助産師名	病院・診療所名		
	医師・助産師名		
	所在地		
上記のとおり届出いたします。			
令和 年 月 日			
妊婦氏名			
占冠村長 田中 正治 様			

(記入上の注意事項)

- 1 この届出書は母子保健法15条の規定に基づいて、本人または保護者が届出をするものです。
- 2 この届出を占冠村長に提出して、母子健康手帳を受けてください。
- 3 質問の欄は○で囲む、又は、の印をつけてください。

受診票No. _____

※母子手帳交付日

妊婦届出No. _____