

妊 娠 届 出 書

※太枠内の該当するところに記入、または○で囲んでください。

母子手帳交付番号 第 号											
父子手帳交付番号 第 号											
個人番号											
フリガナ											
妊婦氏名											
	世帯主氏名										
夫の氏名 (歳)											
生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)										
職 業 (出産後の就労予定：有・無・不明)											
居 住 地	〒 3 5 5 -										
	吉見町										
電話番号：											
国籍	(外国人のみ記入)										
出産予定日	令和 年 月 日										
妊娠回数	初回 その他 (回目)										
妊娠週数	現在 満 週										
診断、保健指導を受けた 病院名・氏名	病院名・助産院名										
	医師または助産師名										
健康診断	今回の妊娠で性病の検査を受けましたか？(血液検査等)										
	受けた ・ 受けない										
	今回の妊娠で結核の検査を受けましたか？(胸部レントゲン等)										
	受けた ・ 受けない										
既 往 歴	琉・早・死産 無・有 (流産 回 ・ 早産 回 ・ 死産 回)										
	疾 病 無・有 { 結核・心臓病・腎臓病・糖尿病・高血圧・メンタル その他 () 現在は・・・ 治療中 ・ 異常なし										
心配なことや 相談したいこと	無 ・ 有 ⇒ []										
里 帰 り 出産の有無	ない・ある・未定 (都道府県名：) (病院名：)										
上記のとおり届け出ます。 (宛名) 吉見町長 年 月 日 届出人氏名： 妊婦との関係：本人・夫・父母・()											
備考											