

# 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。

母子健康手帳交付番号 第 号

父子健康手帳交付番号 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	〒355- 吉見町 電話番号：					国籍 (外国人の み記入)					
出産予定日	平成 年 月 日					妊娠回数		初回			
妊娠週数	現在 第 週							その他 ( 回目)			
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 ・ 受けていない					
	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 ・ 受けていない					
既往歴	流・早・死産		無・有 (流産 回 ・ 早産 回 ・ 死産 回)								
	疾病		無・有 { <ul style="list-style-type: none"> <li>結核・心臓病・腎臓病・糖尿病・高血圧・メンタル</li> <li>その他 ( )</li> <li>現在は・・・ 治療中 ・ 異常なし</li> </ul>								
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 ・ 未定 ・ ある (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 平成 年 月 日 届出人氏名： 妊婦との関係：本人・夫・父母・( )											
備 考											