

妊 娠 届 出 書



太枠内を記入してください。

妊婦	<small>ふりがな</small> 氏名： _____ 年 月 日生 (歳)																				
	個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				
夫 (パートナー)	<small>ふりがな</small> 氏名： _____ 年 月 日生 (歳)																				
	職業： _____ (電話 - -)	住所(妊婦と異なる場合)： _____																			
世帯主	<small>ふりがな</small> 氏名： _____	妊婦との続柄： _____	職業： _____																		
出産について	出産予定日： _____ 年 月 日	妊娠の診察を受けた施設 施設名： _____ 医師・助産師名： _____																			
	届出時妊娠週数： 満 _____ 週 特記事項： 単胎 ・ 多胎	出産予定施設(妊娠の診察を受けた施設と異なる場合のみ記入) 施設名： _____ 所在地： _____																			
妊娠について	今回の妊娠は _____ 回目 (流産、死産、中絶を含む)																				
	現在の妊娠経過	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 悪阻 <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> その他 (_____)																			
	過去の妊娠経過	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 流産 () 回、早産 () 回、死産 () 回、中絶 () 回																			
	現在、お子さんは _____ 人 (歳) (歳) (歳) (歳)																				
検査について	妊娠してから受けた検査 <input type="checkbox"/> 性病に関する検査 <input type="checkbox"/> 結核検査																				
(あて先) 相生市長 _____ 上記のとおり届け出ます。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 届出者氏名 _____ 本人との続柄： (_____) 住 所 _____ (妊婦住所と異なる場合のみ記入)																					

※相生市記入欄

交付年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	母子健康手帳番号： 第 _____ 号	交付者： _____
面接者： <input type="checkbox"/> 妊婦本人(同席者 _____) <input type="checkbox"/> 本人以外 (_____)		