

# 妊娠届出書

No. \_\_\_\_\_

フリガナ 妊婦氏名		生年月日 年 月 日 年 齢 ( 歳)	職業	
個人番号				
居住地	〒 _____ 電話番号 ( )			
妊娠週数	満 週 (第 月)	出産予定年月日	年 月 日	
※性病に関する 健康診断 (血液検査)	受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/>	※結核に関する 健康診断	受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/>	
診断した 医師又は 助産師	医師又は助産師の診断又は保健指導の有無		受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/>	
	施設名			
	所在地 〒 _____			
氏名				
以下のとおり届け出ます。				
届出者			妊婦との続柄	

- (注) (1) この届出書をもとに、保健師等が記入された電話番号に連絡することがあります。  
 (2) ※印欄は、該当するものを○で囲んでください。  
 (3) 施設名は、病院、診療所、助産師等をお書きください。  
 (4) 個人番号は母子保健法及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき利用し、それ以外の目的で利用することはありません。

処理欄