

妊 娠 届 出 書

* 黒い太枠の中を全て記入してください。										申請日	年 月 日				
ふりがな										生年月日	年 月 日 生 (歳)				
妊婦氏名											妊婦の就労 状況と職業	無 ・ 有 ()			
妊婦個人番号															
住 所 (住民票がある所)	〒 鎌ヶ谷市														
電話番号	()														
出産予定日	年 月 日			妊娠週数			満 週 (か月)								
診断した医師 または助産師	医師または助産師の診断または保健指導の 有無(あてはまるものに☑でチェック)									<input type="checkbox"/> 受けた			<input type="checkbox"/> 受けない		
	施設名														
	所在地														
	施設電話番号														
	医師または助産師氏名(不明の場合は未記入可)														
今回の妊娠がわかってから、病院で性病などの血液検査をしましたか。										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
最近1年くらいの間に、胸部レントゲンの検査を受けましたか。(結核に関する健康診断)										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
以上のとおり届け出ます。															
届出者氏名						妊婦との続柄									
備考															
母子健康手帳番号								別冊番号							