

妊 娠 届 出 書

市町村長 殿

		■受付No.				年 月 日				
(ふりがな) 妊婦氏名						生年月日	昭和 平成	年 月 日 () 歳		
個人番号										
現住所	〒 地区名 ()					職 業 (勤務先)				
電話番号	自宅					携帯		誰の ()		
妊娠週数	妊娠第 週 (年 月 日現在)					出産予定日		年 月 日		
						胎児の数		単胎・多胎(胎)		
医師または助産師による診断または保健指導を受けたときはその氏名・住所	氏 名					住 所				
上記のとおり届出します										
平成 年 月 日						妊婦氏名				

妊 娠 連 絡 票

秘

(ふりがな) 夫の氏名						生年月日	昭和 平成	年 月 日 () 歳			
世帯主氏名						夫の職業 (勤務先)					
初めて診察を受けた年月日	年 月 日 (妊娠第 週)					出産予定場所					
里帰りの予定	無・有・不明 有の場合 →		いつ頃 里帰り住所			年 月頃		TEL			
あなたの嗜好	喫煙	1. もともと吸わない 2. やめた(妊娠のため、他) 3. 吸う(本/日)				同居人の喫煙状況		1. 無 2. 有 (夫・他)			
	飲酒	1. もともと飲まない 2. やめた(妊娠のため、他) 3. 飲む(種類 量 /日)				健康保険		1. 国民健康保険 2. その他			
これまでの妊娠・分娩 <small>※流産・早産・死産を含める</small>	順 性	出産年月		※妊娠・分娩の異常			出生時の児の状況				
	例	(男)女	〇〇年 △月	無・有(流産)			健・否()				
	1	男女	年 月	無・有()			健・否()				
	2	男女	年 月	無・有()			健・否()				
	3	男女	年 月	無・有()			健・否()				
	4	男女	年 月	無・有()			健・否()				
5	男女	年 月	無・有()			健・否()					
これまでに かかった病気	無・有()					現在治療中の病気			無・有()		
妊娠してからの歯の健康診査						受けた・受けていない					
結核に関する健康診断						受けた(年 月 日)・受けていない					
性病に関する健康診断(血液検査)						受けた・受けていない					
妊娠前の体格	身長 cm		体重 kg		(計測 年 月)						
同居人	夫・子ども(人)・夫の父・夫の母・実父・実母・他(人) 計(人)										
※困っていることや気になることがありましたら、ご記入ください。											
■備考											
面接者 妊婦本人 ・ 他()					受付者名()						

注1) 妊娠がわかたらすみやかに、この妊娠届出書及び妊娠連絡票を記入のうえ、居住する市町村に提出し、母子健康手帳及び妊婦一般健康診査受診票の交付を受けてください。

注2) 太枠内の項目については、主治医が記入し、その他の項目については、妊婦自身が記入してください。

注3) ■印のある項目については、受理機関において記入しますので、空欄のまま提出してください。