

様式第 1 号（第 2 条関係）

妊娠届出書

				※母子健康手帳交付番号第		号
フリガナ				世帯主氏名		
妊婦氏名				夫の氏名		
年齢	歳	妊婦			国籍(外国人のみ記入)	
生年月日	年	月	日	職業		
居住地	北本市			妊娠週数 (妊娠月数)	第	週 (第 月)
電話		個人番号		分娩予定日	年	月 日
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無				受けた ・ 受けていない(不明を含む)		
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無				受けた ・ 受けていない(不明を含む)		
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたときは、その氏名		病院名・助産院名				
		医師名・助産師氏名				
里帰り出産の有無	ない ・ 未定 ・ ある (都道府県名： 病院名：)					
妊娠回数	初回・その他 (回目)		出産回数	初産・経産 (回目)		
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 (宛先) 北本市長 届出者 住所 連絡先 氏名 (自署又は記名押印) 本人との続柄						
備考						

注 1 ※印欄は記入しないでください。

2 この届出書は妊産婦に必要な保健指導、健康診査等に活用するためのものです。
他の目的に使用することはありません。