

# 妊娠届出書

殿

届出番号

届出年月日

年 月 日

妊婦	フリガナ				*職業	1. 無職 2. 学生 3. 公務員 4. 会社員 5. 自営業 6. パート 7. 派遣 8. その他 ( )
	氏名					
	生年月日	年	月	日 ( 歳)		
	電話番号					
	住所 *住民票のある住所					
居住地 (現在お住まいの住所) *上記と異なる場合						
父親氏名 (パートナー)	フリガナ					
	氏名					

妊娠週数 (妊娠月齢)	満 週 ( か月)	出産 予定日	年 月 日	*多胎の 有無	単胎 ・ 多胎
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 ・ 受けていない	
	施設名				
	氏名				
*性病に関する 健康診断 (血液検査)	受けた ・ 受けていない		*結核に関する 健康診断	受けた ・ 受けていない	
*妊娠歴	過去に妊娠されたことはありますか。 はい ・ いいえ		妊娠回数	今回の妊娠は何回目になりますか。 回目	
*出産歴	今までに出産経験はありますか。 はい ・ いいえ		出産回数	出産経験がある場合は何回目になりますか。 回目	
届出事由	妊娠12週目以降の方にお尋ねします。妊娠届出が今日になった理由を下記にご記入ください。				
*アンケート	現在、妊婦さんは喫煙されていますか？		いいえ ・ はい		
	現在、妊婦さんは飲酒されていますか？		いいえ ・ はい		

個人番号

- (注) (1) \*印は該当するものを○で囲んでください。  
 (2) 施設名は、病院、診療所、助産所等をお書きください。  
 (3) 個人番号は母子保健法及び行政手続きにおける特定の個人を識別するために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。

届出者氏名	妊婦との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (続柄: )
-------	--------	--

自治体処理欄

母親の宛名番号
父親 (パートナー) の宛名番号
届出時期 (不詳含む)

医療機関コード	登録日
	年 月 日
ハイリスク	登録支所
届出場所	妊娠届出年月
	年 月 日