

妊 娠 届 出 書

(受付番号)

ふりがな		生年 月 日	昭和 平成	年	月	日生 () 歳
妊婦氏名	(個人番号)	職業				
居住地	勝浦町大字			電話		
※居住地と異なる場合						
ふりがな		生年 月 日	昭和 平成	年	月	日生 () 歳
夫の氏名		職業				
妊娠週数	満 週		出産予定日	年 月 日		
性病に関する健康診断	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		
診断を受けた病院	病院名			医師又は助産師		
	所在地					
上記のとおり届出するとともに、母子健康手帳の交付を申請します。 令和 年 月 日 届出者氏名 印 (代理人の場合 妊婦との続柄) 勝浦町長 殿 ※妊娠の届出時に取得した妊産婦の個人番号は、母子保健法（昭和40年法律第141号）に基づく妊産婦を対象とする各事務（母子健康手帳の交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出）において利用します。						

※妊婦さんへお伺いします。

①身長・非妊時の体重	身長 cm	体重 kg
②あなたは今までにかかった病気や治療中の病気がありますか	無 ・ 有（糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・貧血・婦人科の疾病 その他)	
	歳から 歳まで治療 (内服 ・ その他)	
③あなたの血族の方で、かかっている病気や治療中の病気はありますか	無 ・ 有（糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・その他)	
	どなたですか 父・母・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母・叔父・叔母	
④妊娠・出産の回数	妊娠 (回)	出産 (回)
⑤前回の出産の状況	正常	異常 ()
⑥前回の出生児の状況	正常	異常 ()
⑦今までの妊娠や出産時に異常はありましたか	無 ・ 有 (貧血 ・ 高血圧 ・ 尿蛋白 ・ 尿糖 ・ 流産 ・ 死産 ・ 未熟児出産 帝王切開・弛緩出血・吸引分娩・その他)	
⑧喫煙環境	妊婦本人	無 (喫煙なし ・ 妊娠してやめた) ・ 有 () 本/日
	配偶者 (パートナー)	無 ・ 有
	その他同居家族	無 ・ 有
⑨飲酒	無 ・ 有 (酒、ビール、その他) 1 日 mL (合)	
(備考) その他、相談したいことがありましたらご記入ください。		

※関係者記入欄

母子健康手帳 交付年月日	令和 年 月 日	母子健康手帳 交付番号	
-----------------	----------	----------------	--

