

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 _____ (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。						

以下、妊婦さんへお伺いします。

身長・非妊時の体重	身長	cm	体重	kg	BMI ()
妊婦自身の出生等について	週数	週	出生体重	g	初潮年齢 (歳)
今までにかかった病気や治療中の病気がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 () <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 () <input type="checkbox"/> 血液疾患 () <input type="checkbox"/> 精神疾患 (心の病気) (病名) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	歳から 歳まで治療 (内服 ・ その他)				
今までにかかった感染症がありますか	風しん (三日はしか) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた				
	麻しん (はしか) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた				
	水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 予防接種を受けた				
今までに手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名: ； いつ頃:)				
薬剤や食品などのアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 薬剤 () <input type="checkbox"/> 食品 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
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			
飲酒	無 ・ 有 (酒、ビール、その他) 1日 mL (合)				

※別紙もご記入ください

※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	
-----------------	----------	----------------	--