

# 妊 娠 届 出 書

年 月 日

日出町長

様

届出者 住所  
氏名

印

母子保健法第15条の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

妊婦氏名	生年 月 日	年 月 日 ( 歳)	出産予定日の年齢 ( )歳 ※35歳以上のみ 超音波受診票交付番号 ( )
妊婦の個人番号			職業
居住地	日出町 アパート名・棟・号	番地	区名
妊娠月数 (出産予定月日)	週 ( 年 月 日) 第 子 ※16週以降の方へ、届出が遅れた理由をおたずねします。 ① 時間がなかった ② 体調が悪かった ③ 産むかどうか迷っていた ④ 妊娠に気づいていなかった ⑤ その他( )		
診断又は保健指導 を受けた医師又は 助産師の氏名			
性病に関する健康 診断の有無	受けた ・ 受けていない	結核に関する健康 診断の有無	受けた ・ 受けていない
連絡先	保 険 の 種 類		国保 ・ 社保 ・ その他( )
配偶者氏名	生年 月 日	年 月 日 ( 歳)	職 業

妊婦・乳児健康診査受診票受け取り印

印

妊婦超音波検査受診票受け取り印  
※出産予定日において35歳以上である妊婦

印