

# 妊 娠 届 出 書

年 月 日

日出町長

様

届出者 住所  
氏名

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 年 月 日 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 番地 アパート名・棟・号	区 名
妊娠週数 (出産予定月日)	妊娠 週 (出産予定日: 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	医師または助産師名 ( ) 施設名 ( )	
性病に関する健康 診断の有無	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 險 の 種 類	日出町国保 社保 ・ 共済 ・ その他 ( )
配偶者氏名	生年 年 月 日 月 日 ( 歳)	職 業

妊婦・乳児健康診査受診票受け取り	
------------------	--

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