

妊 娠 届 出 書

妊婦氏名	ふりがな	生年月日	職業
		昭和 年 月 平成 (歳)	
個人番号			
居住地			
〒684-00 境港市			
電話番号 () -			
妊娠週数 (月数)		分娩予定日	
週 (か月)		年 月 日	
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	
ア. 受けた イ. 受けていない ウ. わからない		ア. 受けた イ. 受けていない ウ. わからない	
診断および保健指導を受けた医師または助産師の氏名			
施設名			
医師または助産師氏名			

母子保健法第15条の規定により、上記のとおり届け出をします。

届出の内容の確認のため、個人番号を閲覧する必要があること及び個人番号を母子健康手帳の交付、健康診査、訪問指導、低体重児の届出において利用することを確認しました。

(宛先)
境 港 市 長

年 月 日

届出人氏名 _____ (妊婦との続柄: _____)