

交付年月日 平成 年 月 日

交付場所

番号

妊 娠 届						
妊婦	氏名		生年月日 (年齢)	S . . ()	職業	
	個人番号 (※)			H		
夫	氏名		S . . ()	H		
住 所 及び 連絡先	行政区 ： 平戸市 町 番地 連絡のつく電話番号 ：					
妊娠週数	週 (か月)					
診断又は保健指導を受けた医療機関及び医師又は助産師名						
性病の健康診断	受けた (平成 年 月頃) ・ 受けない					
結核の健康診断	受けた (平成 年 月頃) ・ 受けない					
分娩予定日	平成 年 月 日					
出産予定場所						
初産・経産の別	初産 ・ 経産 (第 子)					
母子保健サービスの提供を受けるにあたり、母子保健推進員に必要な情報を伝えることに同意しますか？ 1. 同意する 2. 同意しない						
妊娠中の家庭訪問（妊婦訪問）について、希望しますか？ 1. 希望する 2. 希望しない						
母子保健法第15条の規定により上記のとおり届け出ます。 平成 年 月 日 平戸市長 様 届出者氏名 (続柄：) (届出者が代理人の場合は、委任状を提出してください。)						

※個人番号につきましては、各種母子保健サービス（健康相談、健康診査、家庭訪問等の保健指導）の提供に関して、利用することがありますのでご了承ください。