

交付年月日 平成 年 月 日

交付場所

番号

妊 娠 届 (転入者用)

妊婦	氏名		生年月日 (年齢)	S . . ()	職業	
	個人番号 (※)			H		
夫	氏名			S . . ()		
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。