

妊 娠 届 出 書

※太枠内は妊婦本人が記入してください

健康保険種類	子宮がん検診票	手帳 No.	受診票 No.
1. 石井町国保	1. 交付済	No.	No. ~
2. 石井町国保以外	2. 受診済		No.

ふりがな		生年月日		昭和	年	月	日
妊娠した者の氏名				平成		(満)	歳)
個人番号		職業					
ふりがな		電話番号					
世帯主氏名							
住 所		石井町 字 番地 (住所は様方およびマンション・アパートの部屋番号まで詳しく記入してください。)					
妊娠週数 (分娩予定日)		週	今までの 出産回数	なし あり (回)			
診断・保健指導を受けた医療機関名、 医師・助産師名等		医療機関名					
		医師氏名		助産師氏名			
今回の妊娠	妊娠してからの性病及び結核に関する健康診断の有無	性病に関する健康診断		1. 受けた 2. 受けていない			
		結核に関する健康診断		1. 受けた 2. 受けていない			
前回の妊娠	妊娠中に かかった疾病	1. 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 2. 妊娠糖尿病 3. 貧血 4. 出血 5. その他 ()					
	出産の状況	1. 正常 2. 帝王切開 3. 吸引分娩 4. 弛緩出血 5. その他()					
	出生児の状況	1. 正常児 2. 低出生体重児(2,500g未満) 3. その他()					
本人の喫煙状況		1. あり(1日約 本) 2. なし(喫煙経験なし・妊娠してやめた・その他)					
同居家族の喫煙状況		1. あり(配偶者[パートナー]・その他同居家族) 2. なし					

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

石 井 町 長 殿

届出した者の氏名

㊟

注1) 該当する数字には、○印をつけること。

注2) 個人番号の記載が得られない場合や個人番号の確認ができない場合は、担当課が番号法第14条第2項により個人番号の確認を行います。

※妊娠届出書の内容が、統計・保健指導等に活用されることに同意したものとして受理します。

<input type="checkbox"/> 本人確認済	<input type="checkbox"/> 代理人確認済		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード等 + 本人確認書類 (免 ・ パ ・ 保 ・)	<input type="checkbox"/> 本人・代理人確認書類 (免 ・ パ ・ 保 ・)	<input type="checkbox"/> その他 (J-LIS)