

妊娠届出書

母子健康手帳交付NO. _____

ふりがな	生年月日	年齢	職業（仕事内容）
妊婦氏名 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚（入籍予定 あり・なし）	昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 続ける予定 <input type="checkbox"/> 辞める予定
居住地 (〒 -) 久喜市	妊婦連絡先 自宅連絡先 その他連絡先（続柄）	- - - - - - ()	
ふりがな	生年月日	年齢	職業（仕事内容）
夫氏名 (パートナー) ※別居の場合の居住地 (〒 -)	昭和 平成 年 月 日		
久喜市外への転出予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月頃)	国籍 外国語版母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 他() () 語版
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	満 週 (か月)
妊娠の状態	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(胎)	出産回数	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (これまでの出産は 回)
妊娠の診断・指導を受けた医療機関等の名称 (医療機関名および医師名、助産師名)			初診年月日 年 月 日
妊婦健診受診予定医療機関名 ※診断と別の場合のみ記入			
里帰り出産の有無 ※有の場合は医療機関名も記入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(医療機関名： (都道府県 市区町村)		
性病に関する健康診断	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> これから受ける予定	結核に関する健康診断	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
久喜市では、妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援をしております。助産師や保健師等からお電話をさせていただく場合や医療機関等の関係機関にご連絡させていただく場合があります。また、赤ちゃんが生まれた家庭にお電話をしております。			
上記について同意し、届け出ます。			
令和 年 月 日			
久喜市長あて		届出人氏名	
		妊婦との関係(本人・)	

妊婦の個人番号	
---------	--

受付者名	<input type="checkbox"/> 子ども家庭保健課 <input type="checkbox"/> 子育て支援課 <input type="checkbox"/> 直行セ <input type="checkbox"/> 栗行セ <input type="checkbox"/> 鷲行セ
乗車証交付	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(理由：出産予定日未定のため)

※※裏面にアンケートがありますのでご記入をお願い致します※※

<職員処理欄>

当日確認	<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方の本人確認 (<input type="checkbox"/> 代理人確認)	入力確認	交付	<input type="checkbox"/> 健康かるて	<input type="checkbox"/> 管理台帳
	<input type="checkbox"/> 妊婦本人の住基確認		面談	<input type="checkbox"/> 健康かるて	<input type="checkbox"/> 管理台帳
	<input type="checkbox"/> 年度内の市の子宮頸がん検診受診確認				

