

妊娠届出書

多胎の場合記入

母子健康手帳交付NO. _____ - 1

NO. _____ - 2

NO. _____ - 3

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	連絡先	① _____ (本人) ② _____ (続柄: _____) ③ _____ (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	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 他（ _____ ） 外国語版母子健康手帳 （ _____ ）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	
必要に応じて市が関係機関等と情報共有することに同意の上、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"/> 書行セ <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） <input type="checkbox"/> 妊婦本人の住基確認 <input type="checkbox"/> 年度内の市の子宮頸がん検診受診確認	入力確認	<input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> 管理台帳
------	---	------	--

課長	主幹	課長補佐	係長	担当主査	母子G