

妊 娠 届 出 書

太枠の中を記入してください

母子手帳No. 単胎・双胎以上

フリガナ				個人番号											
妊婦氏名				生年月日	S	年	月	日	H	職業					
						()	歳								
フリガナ				生年月日	S	年	月	日	H	職業					
子の父氏名						()	歳								
住居地	山都町				電話番号					携帯					
										自宅					
分娩予定日	平成 年 月 日				妊娠週数					週					
診断を受けた医療機関等	医療機関名					初産・経産の別	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 () 回								
	医師又は助産師名														

上記のとおり届け出ます。
 平成 年 月 日
 届出者氏名 _____ (本人以外の場合 続柄 _____)
 山都町長あて

委任状欄	※代理人が届出の場合は、委任状が必要となりますので、妊婦本人が以下を記入してください。 私は上記のものに対し、妊娠の届出及び母子健康手帳等の交付に関する一切の権限を委任します。 平成 年 月 日 妊婦氏名 _____ 印													
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

妊婦健康診査受診券を受け取りました

届出人署名 _____

子育て支援センターからの通知を 希望する ・ 希望しない

※妊婦の個人番号は母子保健法施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法による妊娠の届出の受理、母子健康手帳の交付、新生児の訪問指導、健康診査、妊産婦の訪問指導に関する事務で使用します。

以下、職員記入欄

◎ 本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 個人カード	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> その他										
◎ 発行確認	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 <input type="checkbox"/> 7回目 <input type="checkbox"/> 8回目 <input type="checkbox"/> 9回目 <input type="checkbox"/> 10回目 <input type="checkbox"/> 11回目 <input type="checkbox"/> 12回目 <input type="checkbox"/> 13回目 <input type="checkbox"/> 14回目													