

妊 娠 届 出 書

年 月 日

No. _____

(あて先) 秦 野 市 長

フリガナ 妊婦氏名		生年月日 年 齡	昭和・平成 年 月 日 (歳)	職業	
個人番号					
居住地	〒 電話番号				
妊娠週数	満 週 (第 月)	出産予定年月日			
※性病に関する健康診断 (血液検査)	受 け た 受けていない	※結核に関する健康診断	受 け た 受けていない		
診断した 医師又は 助産師	医師又は助産師の診断又は保健指導の有無		受 け た 受けていない		
	施設名				
	所在地				
氏 名					
以上のおおりに届け出ます。					
届出者氏名 _____ 妊婦との続柄 (_____)					

- (注) (1) この届出書をもとに、保健師等が記入された電話番号に連絡することがあります。
(2) ※印欄は、該当するものを○で囲んでください。
(3) 施設名は、病院、診療所、助産所等をお書きください。
(4) 個人番号は母子保健法及び行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき利用し、それ以外の目的で利用することはありません。