

妊 娠 届 出 書

年 月 日

府中市長

届出者 住所

氏名

母子保健法第15条の規定により、次のとおり届け出ます。

フリガナ											生年月日	年 月 日（歳）				
妊婦氏名											職 業					
個人番号																
住 所											電 話	— —				
妊 娠 週 数	満 週（第 月）				分娩予定年月日				年 月 日							
初産・経産の別	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産（出産回数 回）					妊 娠 状 況		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎（人）								
健 康 診 断	性病に関するもの（血液検査）					結核に関するもの（胸部レントゲン）										
	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない					<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない										
医師又は助産師の診断又は保健指導	施設名 所在地 (医師又は助産師の氏名)															

- 備考
- 1 該当する□にレ印を記入してください。
 - 2 妊娠週数の欄には、当該届出書の記載時における週数又は月数をご記入ください。
 - 3 初産・経産の別の欄の出産回数には、これまでの出産回数をご記入ください。
 - 4 医師又は助産師の診断又は保健指導の欄の施設名には、病院、産院、助産所等の名称を記入してください。