

妊娠届出書 (転入の方もご記入ください)

届出日 令和 年 月 日

母子健康手帳番号 No. _____

フリガナ		生年月日	昭和
妊婦氏名		年齢	平成 年 月 日 (歳)
個人番号		職業	
居住地	〒 千葉県鴨川市 電話番号 — —		
妊娠週数	満 (第 週月)	出産予定年月日	令和 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 受けてない
	施設名		
	所在地 〒		
氏名			

以上のとおり届け出ます。 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、助産院等をご記入ください。
- (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。

鴨川市処理欄

宛名番号	確認書類		
	番号確認	個人番号カード	通知カード・住民票・その他 (_____)
	身元確認		運転免許証・パスポート・在留カード・その他 (_____)