

母子健康手帳 番号	No.	交通費助成 クーポン券 説明	済・未	交付場所			
交通費助成 クーポン券	No. (船) No. (バス)	給付金面談	済・未	給付認定 申請書提出	済・未	ギフト	済・未

妊 娠 届 出 書

年 月 日

江 田 島 市 長 様

届出者氏名 (続柄)

次のとおり、妊娠の届出をします。

ふりがな						生年月日		年齢		職業	
妊婦氏名	1既婚 2未婚(入籍予定なし・あり)					昭和・平成 年 月 日		歳			
個人番号											
妊婦居住地	住所:江田島市 電話: ※日中、繋がりやすい番号を記入してください。										
ふりがな						生年月日		年齢		職業	
夫(パートナー) 氏 名						昭和・平成 年 月 日		歳			
家族構成 (現在、一緒に住 んでいる人)	(妊婦から見た該当者に○をしてください) 夫(パートナー)・子ども(人)・実父母・義父母・その他()										
妊娠週数 (月数)	現在 (第 月)	分 娩 予 定 日			年 月 日						
		出 産 予 定 の 場 所									
妊娠の診断を受けた医師又は 助産師の氏名と医療機関名				氏名 (医師・助産師) (病院・医院・助産所)							
健康診断	妊娠してから性病検査を			受 け た ・ 受けていない							
	過去1年間に結核検査を			受 け た ・ 受けていない							
既往歴又は 治療中の病気	無・有 [高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・心臓病・甲状腺の病気・ 乳子宮(婦人科の病気)・その他()]										
	今までに心理的なあるいは精神的な問題で、カウンセラーや 専門医師などに相談したことがありますか								有 ・ 無		
今回の 妊 娠	妊娠は今回を含めて [出産] これまで()回 ()回目 うち、正常分娩()回・ 早産()回・死産()回 [流産] 自然()回・人工()回										
出産前後の 里帰り予定	無 ・ 有(予定期間: (住 所:)										

裏面のアンケートにもお答えください。