

| | | | | | | |
|----------|-----|------------|-----|------|------|--|
| 母子健康手帳番号 | No. | 交通費助成クーポン券 | No. | (船) | 交付場所 | |
| | | | No. | (バス) | | |

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。 | | | | | | | | |
| 夫 (パートナー) 氏名 | | | | | | | 生年月日 | 年齢 | 職業 |
| 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 週 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 () 回目 | | 出産 これまで () 回 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。