

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。