妊娠届出書

市町村５年間保存

太枠内を全て記入してください（※印は町記入）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 母子健康手帳交付番号　 　　※第　　　 　 　　　　号 | | マイナンバーカード番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  | 生　年　月　日 ・ 年　齢 | | | | 職　業 | | | | | | | | | |
| 妊婦氏名 | 1. 既婚 　2　未婚（入籍予定　あり・なし） | 年　　　月　　 　日  （　　　　　　）歳 | | | | 続ける予定　・　やめる予定 | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒　345-08 | | | | | 町外転出予定 | | | | | | | | | |
| **宮 代 町** | | | | | | 1. なし 2. あり ( 　　 　） | | | | | | | | | |
| 妊婦の携帯番号 | －　　　　　　　－ | 出産予定日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 妊婦の国籍 | 1　日本 　2　その他　（　 　） | 妊　娠　週　数 | 第 　 　　　　週（　　　　か月） | | | | | | | | | | | | |
| 妊 娠 回 数 | 初回 　・ 　２ 回目 　・ 　３回目 ・　その他（　　　　） | 出 産 回 数 | 無　・　1回　 ・ 　２回 　・ ３回 ・  その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 診断を受けた  医 療 機 関 |  | 出産予定の  医療機関等 |  | | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ |  | 生　年　月　日 ・　年　齢 | | | | 職　　業 | | | | | | | | | |
| 夫（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）  氏　　　　名 |  | 年　　　月　　　日  　 （　　　　　）歳 | | | |  | | | | | | | | | |
| 居 住 地 | 妊婦と異なる場合  のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | |
| 夫（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）の  携 帯 番 号 | －　　　　　　　－ | 夫（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）の国籍 | | | | 1　日本　　2　その他（　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 上記届け出します。　　　　　　　　　　　　 　　年　　 　　月　 　　　日  　　　　　宮　代　町　長　あ　て  　　　　　　　　　　　　　　　　 　届出者氏名　　　　　 　　　 　　 　　　妊婦との関係（ 本人 ・　 　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **この届出書をもとに、保健師等がご記入いただいた電話番号にご連絡することがあります。**  **※ご連絡する都合の良い時間がある方はご記入ください。（平日のみ　9時～16時）**  **（　　　）いつでもよい**  **（　　　）希望あり　　　　　　曜日（　月・火・水・木・金）**  **時間（　　　　　　時　　　　　～　　　　　　時頃）** | | | | | | | | | | | | | | | |

**以下は記入しないでください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　面談者（　　　　　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊婦とアンケート面談実施 | ／ | 申請書・返信用封筒渡し | ／ | 申請書受理 | ／ |
| 妊婦以外（　　　　　　　）と面談　　　　　　　　／ | | | | | |

健康管理システム　データ入力日　　　　　年　　　月　　　日