

# 妊娠届出書

母子健康手帳交付番号 No.				
ふりがな		生年月日	年齢	職業
母親氏名 (妊婦)		年 月 日	歳	
ふりがな		生年月日	年齢	職業
パートナー 氏名		年 月 日	歳	
住所	大阪府泉南郡岬町		電話番号 ( )	
妊娠週数	満 週 ( か月)		これまでの出産	有 ・ 無 ( 回)
出産予定日	年 月 日			
性病に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない	妊娠の診断を受けた 医療機関名		
結核に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない			
大阪府泉南郡岬町長 様 年 月 日				
上記のとおり届出します。				
申請者氏名			印	

## 記入上の注意

- 「性病に関する健康診断」欄は血液検査を受けたか否かによって記入すること
- 「結核に関する健康診断」欄は今回の妊娠に関して少なくともツベルクリン反応検査またはレントゲン検査を受けたか否かによって記入すること
- 太線の中だけ記入の上、母子健康手帳の交付を受けてください
- 妊娠届出時における妊娠証明の添付は不要です
- 妊娠の経過についてご様子をお伺いすることがありますので、よろしくお願いします