

妊 娠 届 出 書

フリガナ			生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
妊娠した者の氏名				
フリガナ			妊婦の職業	
夫 氏 名			電 話 番 号	() -
世 帯 主 氏 名				
居 住 地	美馬市 (住所は様方及び団地、住宅、マンション、アパートの部屋番号まで詳しく記入してください。)			
届出時妊娠週数 (出産予定日)	週 平成 年 月 日	今までの 出産回数	なし ・ 回	
診断・保健指導を受けた病院名、医師・助産師氏名等	病 院 名			
	医師氏名	助産師氏名		
今回妊娠してからの性病及び結核に関する健康診断の有無	性病に関する健康診断	1 受けた	2 受けない	
	結核に関する健康診断	1 受けた	2 受けない	
前回の妊娠中にかかった疾病	1 妊娠高血圧症候群 2 糖尿病 3 貧血 4 出血 5 その他 ()			
上記のとおり、届け出をします。				
なお、私は妊娠届け出をするにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。				
平成 年 月 日				
美馬市長 殿				
届出した者の氏名 (妊婦との続柄)				
(代理人の場合は、本人の了解を得ています。)				

注) 該当する数字には、○印を付けること。