

# 妊 娠 届 出 書

				母子健康手帳 発行番号	
妊婦	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日生 歳	
	氏名		職業		
			マイナンバー		
	住所	( 千 ー ) 自治会( ) 足柄上郡大井町 日中連絡が可能な電話番号 : ( ) 上記とは別の連絡先: ( )			
赤ちゃんの 父親	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日生 歳	
	氏名		職業		
今回の 妊娠・出産 について	妊娠週数	満 週(第 月)	出産予定日	年 月 日	
	妊娠回数	今回で 回目	出産経験	ある( 回)・ない	
	妊娠の診断または保健指導を 受けた・受けていない				
	診断または保健指導をした	医師	氏名		
		助産師			
出産予定病院					
これまでの 妊娠・出産 について	今までの妊娠に妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)が ない・ある				
	今までに流産・早産・死産が ない・ある→(流産・早産・死産)				
	今までに生まれた子どもに異常が ない・ある↓				
	(病名 )				
同居家族の 喫煙	妊娠が分かる前、たばこ(電子たばこ・加熱式たばこを含む)を吸っている方はいましたか？				
	【自分(妊婦)・同居の家族(夫・実父・実母・義父・義母・その他)・誰も吸わない】				
	現在、たばこ(電子たばこ・加熱式たばこを含む)を吸っている方はいますか？				
	【自分(妊婦)・同居の家族(夫・実父・実母・義父・義母・その他)・誰も吸わない】				
上記のとおり届け出ます。  大井町長様  年 月 日  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">妊婦氏名 _____</div>					

注1:妊娠届出書の情報から、妊娠中・産後に母子保健担当課から連絡をさせていただきます。あらかじめご承知おき下さい。

裏面をご記入ください。

