

## 妊 娠 届 出 書

年 月 日

竹 田 市 長 様

母子保健法第15条第1項に規定により、下記のとおり届出をします。  
また、届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。

届出者 住所 竹田市

番地

氏名

妊婦との続柄 ( )

記

|                             |                               |         |         |              |
|-----------------------------|-------------------------------|---------|---------|--------------|
| ふりがな                        |                               |         | 職 業     |              |
| 妊婦氏名                        |                               |         |         |              |
| 生年月日                        | 年 月 日 ( 歳)                    | 電話番号    | 自宅      | 携帯           |
| 住 所                         | 竹田市 番地<br>自治会( )              |         |         |              |
| 世帯主                         | 続柄 ( )                        |         |         |              |
| 妊娠週数                        | 第 週<br>単胎 ・ 多胎                | 出産予定日   | 年 月 日   | (予定日当日の年齢 歳) |
| 出 産 歴                       | 初産 ・ 経産                       | 妊娠 ( )回 | 出産 ( )回 |              |
| 性病に関する健康診断について              | 受けた ・ 受けていない                  |         |         |              |
| 結核に関する健康診断について              | 受けた ・ 受けていない                  |         |         |              |
| 診断又は保健指導を行った<br>医師又は助産師の氏名等 | 医療機関名:<br>担当者名:<br>診断日: 年 月 日 |         |         |              |

\* 上記住所以外の連絡先(住民票と居住地が違う場合、ご記入ください)

住 所

連絡先 ☎

| 竹田市記入欄                                | 受付印 | 担当                       |
|---------------------------------------|-----|--------------------------|
| 受付者氏名( )                              |     |                          |
| <input type="checkbox"/> 本人確認(確認内容: ) |     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 母子保健推進員      |     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 市からの文書通知     |     | <input type="checkbox"/> |