

# 妊 娠 届 出 書

平成 年 月 日

勝 浦 市 長 様

※太枠内の記入をお願いします

届出者氏名

ふりがな		生年月日	
母(妊婦)の 氏名		年 齢	
		職 業	
住 所	勝浦市	電話番号	
父(夫) 氏名		父の職業	
保険の種類	本人 (国民健康保険 ・ 社会保険) 扶養家族 (国民健康保険 ・ 社会保険)		

◎ 妊娠・分娩に関して

医 療 機 関	施 設 名			
	所 在 地			
	医師または助産師名			
分 娩 予 定 日	平成 年 月 日	妊 娠 週 数	現在 満 週	
分 娩 経 験	無 ・ 有 ( 回 )			
今回の妊娠で 次の健診を 受けましたか？	結核に関するもの	・ 受けた ・ 受けない ・ わからない	性病に関するもの	・ 受けた ・ 受けない ・ わからない
既往歴	流/早/死産	無 ・ 有 ( 流産 回、 早産 回、 死産 回 )		
	疾病	無 ・ 有 ( 結核 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 高血圧 ・ その他 )		
貧血はありますか？		いいえ ・ はい		
お子さんは今、何人ですか？		( )人		
母乳で育てたいですか？		はい ・ いいえ(理由: )		
たばこを吸いますか？		いいえ ・ はい		
同居家族でたばこを吸う方はいますか？		いいえ ・ はい		
お酒を飲みますか？		いいえ ・ はい( 毎日 ・ 時々 )		
妊娠・出産に関して心配なことや相談したい ことはありますか？		いいえ ・ はい(内容: )		

※結核・性病等に関する項目は母子保健法施行規則(厚生労働省令)第3条による必須項目ですが、必ずしもお答えいただかなくてもかまいません。

母子健康手帳 No.	
別冊(1) No.	
別冊(2) No.	