

妊 娠 届 出 書

母子手帳 No. _____

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------|----------|---|--------|----|-----------|---------------|
| フリガナ | | | 生年 月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 職業 | |
| 妊婦 氏名 | | | | | (| 歳) | | | |
| 住所 | 小城市 (アパート名 | | | | | 号室) | | 電話番号 | |
| 妊婦の 個人番号 | | | | | | | | 配偶者 氏名 | |
| 妊婦の 個人番号 | | | | | | | | 世帯主 氏名 | |
| 妊娠確定に関する 診断の有無 | 医師・助産師から受けた(医療機関名) (氏名) 受けていない | | | | | | | | |
| 性病に関する健康 診断の有無 | 今回の妊娠後に受けた | | | | | ・受けてない | | 胎児 | 単胎 |
| 結核に関する健康 診断の有無 | 今回の妊娠後に受けた | | | | | ・受けてない | | | 多胎(双子・三つ子) |
| 妊娠週数 | 満 | 週 | 分 娩 予 定 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 妊娠 回数 | 回目 (初産・経産) |
| 里帰り分娩 | 予定(有・無・未定) | | | 都道府県 | | | 市町 | | |
| 上記のとおり届出ます。 令和 年 月 日 届出人氏名 (自署又は記名押印) 代理人の場合、妊婦との続柄() 小城市長 様 | | | | | | | | | |

《個人番号利用目的について》

妊婦の個人番号は、母子保健法に基づく妊産婦を対象とする事務(母子健康手帳交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出)において利用します。この個人番号は、当該事務において必要がなくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合は速やかに破棄します。

※今後の健康管理のため、下記のアンケートにご協力ください。

| | | |
|--------------------------------|--------|--|
| 既往歴 | 有 無 | 糖尿病・高血圧・心疾患・甲状腺疾患・肝炎・自己免疫疾患 婦人科疾患・精神疾患・その他() |
| 家族歴 | 有 無 | 糖尿病・高血圧・その他の遺伝疾患() |
| 過去の妊娠・分娩 ではまるもの | 有 無 | 出生体重2500g未満・出生体重4000g以上・死産・新生児仮死・流産・早産 妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・産後うつ・その他() |
| 今回の妊娠で不安や心配なことがありましたら、ご記入ください。 | | |

【市役所確認欄】

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| 妊婦の個人番号確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード(住記と一致のみ可) | | |
| 届出人 | <input type="checkbox"/> 妊婦本人 <input type="checkbox"/> 代理人(※代理人の場合は委任状必要 <input type="checkbox"/> 委任状あり) | | |
| 届出者の本人確認 | 顔写真付(1点で可) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 顔写真なし(2点以上) | <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他() | |

※多胎児の場合はふたご・みつごタクシー利用券交付申請案内

窓口担当 _____