

妊 娠 届 出 書

母子手帳 No. _____

フリガナ											生年 月 日	昭和 年 月 日 平成 (歳)	職業	
妊婦 氏名														
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		世帯主 氏名	
<u>妊娠確定に関する 診断の有無</u>		医師・助産師から受けた (<u>医療機関名</u>) (<u>氏名</u>) 受けていない												
<u>医療機関で医師が胎児心拍の確認をした</u>											はい • いいえ			
<u>医療機関で医師が胎児心拍の確認をした年月日</u>											年 月 日			
<u>妊娠週数</u>	満 週		<u>分 娩 予定日</u>		令和 年 月 日		<u>胎児数</u>		単胎 多胎 (胎児数 人)					
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						<u>胎児数</u>		多胎 (胎児数 人)				
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						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														

※太字で囲んである箇所（太字で二重下線の箇所）は医療機関で必ず記載が必要です

《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 であてはまるもの	有 無	出生体重2500g未満・出生体重4000 g 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	☐ 個人番号カード ☐ 個人番号記載住民票 ☐ 通知カード(住記と一致のみ可)		
届出人	☐ 妊婦本人 ☐ 代理人（※代理人の場合は委任状必要 ☐ 委任状あり）		
届出者の本人確認	顔写真付（1点で可）	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 住基カード ☐ 身体障害者手帳 ☐ その他（ ）	
	顔写真なし（2点以上）	☐ 資格確認書 ☐ 年金手帳 ☐ 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

窗口担当 _____