

# 妊 娠 届 出 書

下郷町長 様

次のとおり届け出ます。

なお、母子保健サービスに関して必要な住民基本等の情報について、町長が調査、取得、利用することについて同意します。

母子健康手帳番号		妊娠届出日		年 月 日				
妊 婦	フリガナ					職 業		
	氏 名							
	個人番号							
	電話番号	自 宅				生年 月日	昭和 平成 西暦	年 月 日 （ 歳）
		携 帯						
	居 住 地	〒 ー 福島県南会津郡下郷町						
	妊娠週数	満 週（ 月）		出産予定日	年 月 日			
妊娠回数	今 回（ ）回目		出 産 回 数	（ ）回				
夫	フリガナ				生年 月日	昭和 平成 西暦	年 月 日 （ 歳）	
	氏 名							
	職 業							
今回の妊娠で診断または保健指導をした医療機関名若しくは医師・助産師名								
医療機関名				医師・助産師名				
今回の妊娠で性病検査（血液検査）を				うけた ・ うけていない ・ 不明				
今回の妊娠で結核検査（レントゲン・ツベルクリン反応）を				うけた ・ うけていない ・ 不明				
現在通院中の病気	ある（病名 ） ・ ない							
過去に治療した病気	ある（病名 ） ・ ない							

下郷町妊婦健康診査費用補助券を受け取りました。

令和 年 月 日

届出人署名

（続柄）