

# 妊 娠 届 出 書 (転入者用)

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。

前住所地											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														
今後受診予定の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														
妊婦健診受診回数															
交付受診券番号等	( )、新生児聴覚検査受診券														

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

)