

妊 娠 届 出 書

※太枠内をすべてご記入ください。

ふりがな					生年 月日	年 月 日 (歳)	職 業		
妊婦氏名									
妊婦の個人番号(マイナンバー)									
居 住 地	西多摩郡瑞穂町 妊婦本人と連絡の取れる電話：_____								
妊娠の診断を 受けた 医療機関等	初めて受診した日				年 月 日				
	医療機関または施設名								
	診断した医師または助産師名								
検診の有無	性病に関する血液検査				<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けてない				
	結核(胸部レントゲン)の検査				<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けてない				
妊娠週数	満 週 (第 か月) わからない			分娩予定 年月日	年 月 日				
初産・経産の別	初 産 ・ 今までのお産.....回								
胎児の父	ふりがな 氏 名				生年 月日	年 月 日 (歳)			
	職 業								
	妊婦と異なる場合 居 住 地	電話：_____							
<p>* この届出内容は、瑞穂町が行う各種サービスのご案内に活用します。</p> <p>* 妊娠中に都内の他区市町村へ転出した場合は、妊婦健診の内容を転出先へ情報提供いたします。</p> <p>上記の通り相違ないことを確認、了承し届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名 _____ 代理の場合 (妊婦との続柄 _____)</p> <p>瑞穂町長 あて</p>									

<p>職員記入欄</p> <p><input type="checkbox"/>住登確認済 <input type="checkbox"/>住登なし(居住あり)母子手帳のみ発行</p> <p><input type="checkbox"/>転入妊婦 <input type="checkbox"/>育パ可能/ <input type="checkbox"/>育パ検討</p> <p><input type="checkbox"/>個人番号確認/ <input type="checkbox"/>個人番号確認なし <input type="checkbox"/>本人確認(免許・住基カード・保険証・診察券・パスポート・在留カード・他 _____)</p> <p><input type="checkbox"/>外国語版母子手帳</p> <p style="padding-left: 20px;">ダダログ語・英語・ポルトガル語・スペイン語</p> <p style="padding-left: 20px;">韓国語・中国語・タイ語・インドネシア語・ベトナム語</p>	<p>受付印</p> <p>交付No. _____</p> <p style="text-align: center;">発行者 _____</p>
--	---

