

妊 娠 届 出 書

受付年月日 (_____)

次のとおり届出をします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

井 原 市 長 殿

ふりがな 妊婦の氏名		個人番号	
生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 届出日の年齢 (_____ 歳)		
住 所	住民票	井原市 _____ 町 _____ 番地 (住宅・アパート名)	
	居住地	(住民票と異なる場合に記入してください。)	
連絡先 (自宅)		連絡先 (携帯)	
職 業	有 (_____)・無	出産の経験	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (_____) 人目
届出時妊娠週数	第 _____ 週 (_____ カ月)	出産予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
医師又は助産師による妊娠の診断		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	
受けた場合は以下をご記入ください。 医療機関又は助産所名 (_____)			
性病に関する健康診断 (血液検査)		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	
1年以内に結核に関する健康診断 (胸部レントゲン)		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	
お願い	◆妊娠したらできるだけ早く健康医療課 (井原保健センター内) に提出してください。 ◆提出の際に、個人番号を確認する必要がありますので、個人番号カード、又は通知カード及び運転免許証等の本人確認書類を持参してください。 ◆代理人による届出の場合は、委任状を記入し、代理人の確認書類 (個人番号カード又は運転免許証等) と妊婦本人の個人番号が分かるものを持参してください。 ◆保健師等が、母子健康手帳等の説明や安心して赤ちゃんを迎える準備のために30分程度の時間をいただき、ご相談をお受けしています。時間の余裕を持ってお越しください。 ※ご夫婦またはパートナーの方との来所をお待ちしております。 健康医療課 (井原保健センター内) 井原市上出部町658-2 電話: 0866-62-8224 (業務時間 月～金曜日 8:30～17:15 ※祝祭日は除く)		

同 意 書

私は、貴市が私と家族が母子保健福祉サービスを円滑に受けるために、関係機関への情報提供が必要と判断する時、個人情報を提供することに同意します。

氏名: _____ (自署)