

妊 娠 届 出 書

5 年 保 管

				母子健康手帳交付番号 第		号
フリガナ			世帯主氏名			
妊婦氏名			夫の氏名			
年 齢	(年 月 日生)	職 業		国 籍		
				外国人登録地	市区町村	
居 住 地	電話番号 ()			妊娠週数 (妊娠月数)	第 週 (第 月)	
				分娩予定日	平成 年 月 日	
今回の妊娠で 性病 に関する健康診断の有無				受けた ・ 受けない		
今回の妊娠で 結核 に関する健康診断の有無				受けた ・ 受けない		
診断または保健指導を受けたときは その医師・助産師氏名			医師氏名			
			助産師氏名			
妊 娠 回 数				初回 ・ その他 (回)		
上記届出いたします。						
平成 年 月 日						
伊奈町長 様						
妊婦氏名						

印は記入しないでください。

印は外国人のみ記入してください。