

妊娠届出書

受付者印

吉川市5年保管

※母子健康手帳交付番号 第 号

フリガナ	○○○○○○○			世帯主名	○○○○○
妊婦氏名	○○○○○			夫の氏名	○○○○○ (○○ 歳)
年 齢	○○ 歳	職業	○○	※※国籍	
	(○○年○○月○○日生)			※※外国人登録地	市町村
居 住 地	吉川市○○○丁目○番地○○			妊娠週数	第 ○○ 週
	(方 荘)			(妊娠月数)	(第 月)
	電話番号(○○○-○○○○)			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 ・ 受けていない	
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無				受けた ・ 受けていない	
診断または保健指導を受けたときはその医師・助産氏名				○○ 産婦人科	
妊 娠 回 数				初回 ・ その他(回)	
上記届出をいたします					
平成 ○○年 ○○月 ○○日					
妊婦氏名 ○○○○○					
(あて先)吉川市長					

※印は市町村長が記入すること

※※印は外国人のみ記入すること