妊 娠 届 出 書

※スタッフ記入 アセスメントシート
該当 ・ 非該当

令和　　年　　月　　日 No.

フリガナ				生年月日 年　齢	S ・ H 年　月　日 （　　歳）			職業 （勤務先）	（　　）			
妊婦氏名												
個人番号												
居 住 地	波佐見町 電話番号											
妊娠週数	第　　週			出産予定年月日	年　　月　　日							
性病に関する健康診断（血液検査）	受けた ・ 受けていない				結核に関する健康診断	受けた ・ 受けていない						
診断した医師又は助産師	医師又は助産師の診断				受けた ・ 受けていない							
	施設名 所在地											

以上のとおり届け出ます。

届出者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　妊婦との続柄（　　）

（注）　(1)この届出書をもとに、保健師等が記載された電話番号に連絡することがあります。
(2)施設名は、病院、診療所、助産所等をお書きください。
(3)個人番号は母子保健法及び行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき利用し、それ以外の目的で利用することはありません。

処理欄

宛名番号	確認書類		
	番号確認	個カ･通カ･住民票･不所持･紛失	
	身元確認	1点	免･パ･官身･在カ･個カ･住カ写･身･不所持
		2点	保･年･介･銀･診･住カ無