

様式第1号（第2条関係）

妊 娠 届 出 書

母子手帳交付No.

白浜町長 様

年 月 日

(ふりがな) 妊婦氏名 1. 既婚 2. 未婚 (入籍予定: 有・無) 個人番号:		(ふりがな) 夫氏名 (パートナー)	
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (歳)
職 業	1. 有 () 2. 無	職 業	1. 有 () 2. 無
出身地	1. 町内 2. 町外 ()	出身地	1. 町内 2. 町外 () 現住所が妻と異なる場合は記入 ()
住 所	白浜町 (アパート等の方は部屋番号までご記入下さい。)	電話番号	(妊婦の連絡先)
転居及び転出予定	1. 無 2. 有 () 3. 未定		
出 産 予 定 日	年 月 日	妊娠週数	週 (箇月)
診断を受けた場合の 病院名又は助産所名	1. 受けた (施設名) 2. 受けていない		
出 産 予 定 施 設	1. 同上 2. 異なる施設 (施設名) 3. 未定		
初産・経産の別	1. 初産 2. 経産 (回目)		
不妊治療の有無	1. 無 2. 有 (治療開始時期: 年 月頃)		
既往歴の有無	1. 無 2. 有 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () ⇒内服 無・有 (薬の名前:)		
流早死産の有無	1. 無 2. 有 <input type="checkbox"/> 流産 (12週未満) 人 <input type="checkbox"/> 死産 (12週以後) 人 <input type="checkbox"/> 早産 (死産を除く) 人 <input type="checkbox"/> 中絶 人		
低体重児 (2,500g以下) 出 産 の 有 無	1. 無 2. 有 (人)		

※本届出により、妊婦健康診査受診票、産婦健康診査受診票（2週間・1か月）、新生児聴覚検査受診票、1か月児健康診査受診票及び産後ケア事業利用券等の発行を申請します。