

届出日 年 月 日

妊娠届出書

母子手帳発行番号（ ）

居住地	〒 別海町			電話番号	
ふりがな				職業	
氏名				勤務先	
個人番号					
生年月日	年 月 日			(歳)	
出産予定日	年 月 日			第 子	
妊娠週数 週(月)	週(か月) ※			20週(月 日)	
夫のふりがな				電話番号	
夫の氏名	年 月 日生 (歳)			職業	
				勤務先	
世帯主氏名	(歳) 続柄			職業	
性病・結核に関する 健康診断の有無	性病検査(血液検査)	(1年以内)	①受けた	②受けていない	
	結核検査 (胸部レントゲン検査)	(今回の妊娠がわかってから)	①受けた	②受けていない	
診断を受けた 医師の氏名 (医療機関名)	()				
母子健康センター 記入欄	受診票	前期	中期	後期	
	本人	喫煙 あり・なし	飲酒 あり・なし	BMI	()
	夫	喫煙 あり・なし			

(喫煙は、紙巻タバコ・加熱式タバコ・電子タバコを含む)

発行者名 ()