

妊 娠 届 出 書

調布市長あて
下記のとおり届け出ます

令和 年 月 日

本人以外の場合署名 _____ 続柄 ()

ふりがな							生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)	職 業	
妊婦氏名										
個人番号										
居 住 地	調布市 電話 ()									
妊娠週数	満 週 (第 月)			分娩予定年月日			令和 年 月 日			
初産・経産の別	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産・・・今までのお産 ()回									
性病に関する健康診断 (血液検査)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない			結核に関する健康診断			<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない			
医師又は助産師の診断	<input type="checkbox"/> 受けた (医師又は助産師の診断を受けていない場合は、届け出できません)									
	施設名					医師(助産師)名				
	所在地					市・区・町・村				
たばこについて	<input type="checkbox"/> すわない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> すう (1日 本) <input type="checkbox"/> 家族がすう									
お酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む									
妊娠・育児について相談や協力できる人はいますか							<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない			
質問・相談したいことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ➡ 後日、職員から連絡いたします さしつかえなければ内容を簡単にご記入ください []										

処理欄 受付した方は、各項目のチェック、サインをお願いします

- 住基端末での住民確認 (調布市に住民登録がない方は、母子健康手帳を交付できないので、健康推進課をご案内ください)
 - 医師又は助産師の診断を受けていること及び、実施した施設名の記入の確認
 - ご本人と妊婦健診受診票 (14回分)、妊婦超音波検査受診票、妊婦子宮頸がん検診受診票、調布市妊婦歯科健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票の確認 (再発行しない旨、伝えてください)
 - ゆりかご調布面接の案内
- <本人及び同居の夫以外の者が届出された場合>
- 委任状
 - <個人番号記載の場合>
 - ☆ 個人番号の確認 確認済 証明書類なし 拒否
 - ☆ 個人番号の本人確認 確認済 証明書類なし 拒否
- <受付窓口> 健康推進課 すこやか

受付者サイン