

妊 娠 届 出 書

母子健康手帳 番 号	44 -		
妊 婦 氏 名	生年月日	昭和・平成	勤務先名称
		年 月 日	
子の父の氏名	生年月日	昭和・平成	勤務先名称
		年 月 日	
国 籍 (外国人のみ)			
現 住 所 (居住地)	棚倉町大字 字		連絡がとれる 電話番号
最終月経	令和 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日
妊娠週数	ヶ月 週 日	妊娠の診断を受 けた医療機関名	
性病に関する 健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 受 け た <input type="checkbox"/> 受 け て い な い	結核に関する 健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 受 け た <input type="checkbox"/> 受 け て い な い
妊娠回数	回目	県外での里帰り 出産予定の有無	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名:) <input type="checkbox"/> 分からない (検討中) <input type="checkbox"/> な し

上記のとおり届出をいたします。

令和 年 月 日

棚倉町長

届出者氏名