

母子健康手帳交付年月日  
平成 年 月 日  
交付場所  
番 号

## 妊 娠 届

フリガナ		生年月日	職 業
妊婦氏名		S H . . ( )才	
世帯主名			
住 所	(行政区 ; ) 平戸市 町 番地		
妊娠週数	週 ( か月)	TEL	
医師又は助産師の 診断又は保健指導 を受けたときはそ の者の氏名	病院名又は 医師の氏名		
	病院名又は 助産師氏名		
性病及び結核に関 する健康診断を受 けたことの有無	性病 受けた (平成 年 月頃) 受けない 結核 受けた (平成 年 月頃) 受けない		
分娩予定日	平成 年 月 日		
出産予定場所			
初産・経産の別	初産 ・ 経産 (第 子)		
母子保健サービスの提供を受けるにあたり、母子保健推進員など関係機関に必要な情報を伝えることに同意しますか？ 1. 同意する 2. 同意しない			
何か心配事や不安等相談したいことがありますか？ ない・ある( )			
上記のとおり届出します。  平成 年 月 日 平戸市長 様  届出者氏名			