

交付年月日 年 月 日
 交付場所 本庁 ・ 支所
 番 号

妊 娠 届

| | | | | | |
|---|--|--|--------------|-------------------------|----|
| 妊 婦 | 姓 氏名 | | 生年月日 (年齢) | S . . () H | 職業 |
| | 個人番号 (※) | | | | |
| 夫 | 姓 氏名 | | | S . . () H | |
| 住 所 | 平戸市 町 番地 | | | | |
| 連絡先 (電話番号) | 連絡のつく電話番号 : | | | | |
| 妊娠週数 | 週 (か月) | | | | |
| 診断又は保健指導を受けた 医療機関及び医師又は助産師名 | | | | | |
| 性病の健康診断 | 受けた (年 月頃) ・ 受けない | | | | |
| 結核の健康診断 | 受けた (年 月頃) ・ 受けない | | | | |
| 分娩予定日 | 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 | | | | | |
| 妊娠中の家庭訪問 (妊婦訪問) について、希望しますか？ 1. 希望する 2. 希望しない | | | | | |
| 《お願い》健やかに安心して過ごしていただけるよう、妊娠届出時に母子保健コーディネーター等と面談 (30分程度) をお願いしています。本庁以外での届出は即日面談ができないため、後日ご協力ください。つきましては、以下の欄に面談を予定してよい日程、場所をご記入ください。 | | | | | |
| 後日面談の希望日程 (□にチェックを) | <input type="checkbox"/> 第1希望 月 日 (曜日) 時～ 時頃、 第2希望 月 日 (曜日) 時～ 時頃、 第3希望 月 日 (曜日) 時～ 時頃 <input type="checkbox"/> 日程は未だわからないので、電話を 曜日の 時頃にかけてほしい | | | | |
| 後日面談の希望場所 (□にチェックを 複数可) | <input type="checkbox"/> 支所がよい <input type="checkbox"/> 本庁に来てよい <input type="checkbox"/> 家庭訪問してほしい <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 母子保健法第15条の規定により上記のとおり届け出ます。 | | | | | |
| 平戸市長 様 | 年 月 日 | | | | |
| | 届出者氏名 (続柄:) (届出者が代理人の場合は、委任状を提出してください。) | | | | |

※個人番号は「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に基づき次の業務に利用します。
 母子保健法による保健指導、新生児の訪問指導、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導、
 低体重児の届出、未熟児の訪問指導

委任状

年 月 日

平戸市長様

(委任をする方) 住所

氏名

印

生年月日

年

月

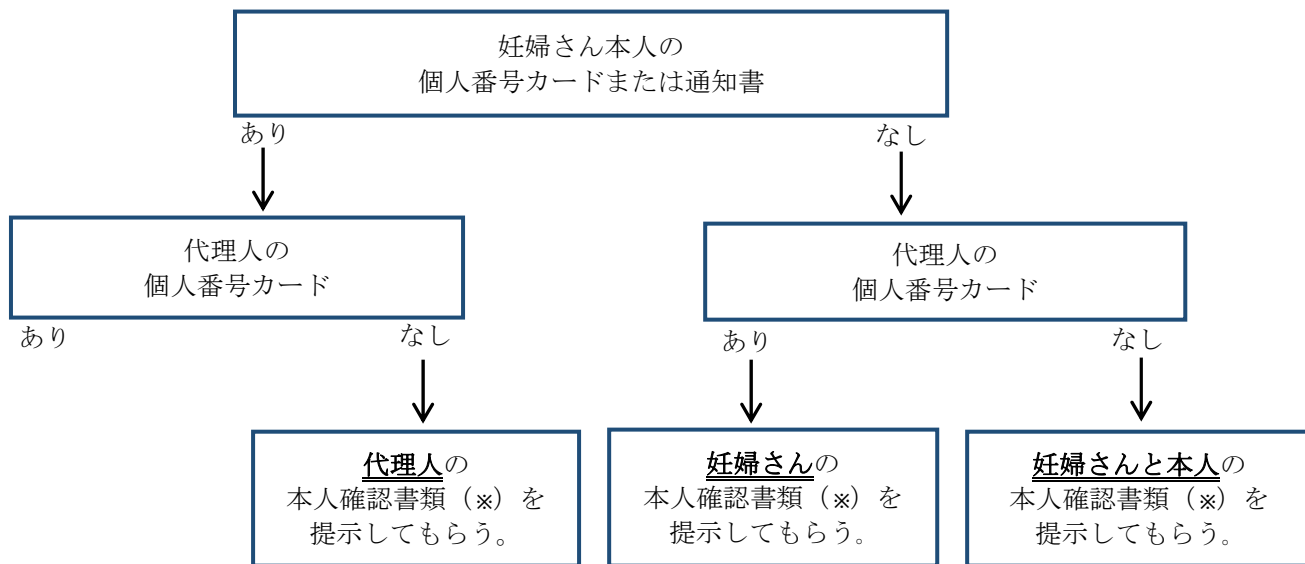
日

私は、次の者を代理人と定め、妊娠届等の手続きに関する権限を委任します。

(代理人) 住所

氏名

【受付担当者確認欄】



※本人確認書類…確認した書類にチェックをしてください。

顔写真付きの公的な書類

1点

運転免許証

パスポート

その他 ()

または

名前が確認できる書類

2点

健康保険証

介護保険証

印鑑証明証

病院の診察券

その他 ()