

番号法に基づく本人確認欄

手帳交付番号	No.
宛名番号	

番号確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> ()	身元確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> ()	代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> ()	代理権の確認 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> ()
---	--	--	--

妊 娠 届 出 書

ふりがな				生年月日	年齢	職業
妊婦氏名	①既婚 ②未婚 (入籍予定 あり・なし)			S・H 年 月 日	歳	
個人番号	*個人番号照会に同意します。(署名)					
ふりがな				生年月日	年齢	職業
夫氏名 (パートナー)				S・H 年 月 日	歳	
居住地				日中つながる 連絡先		
外国人の方のみ お答えください	国籍			住民登録	あり・なし	
初診年月日	年	月	日	妊娠週数	満 週 (か月)	
分娩予定日	年	月	日	特記事項	単胎・多胎(胎) 不妊治療 : あり・なし	
性病に関する健康診断 (血液検査)	受けた・受けていない			結核に関する健康診断 (胸部レントゲン)	受けた・受けていない	
病院名または 医師名				健康保険	国保・社保・共済 その他()	
妊娠・ 出産に 関して	結婚年齢	歳	出産経験	なし・あり(回)	お子さんの数	人
	妊娠歴	回	早産(回)	低体重児(2500g未満)出生(回)	流産(回)・死産(回)・中絶(回)	
	前回妊娠中の 異常	なし・あり	貧血・高血圧・尿蛋白・尿糖・妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病・その他()			
	前回の出産時の 異常	なし・あり	帝王切開・その他(理由())			
	妊娠がわかった時の 気持ち	うれしかった・予想外だったがうれしかった 予想外だったので戸惑った・困った・不安を感じる・何とも思わない その他(内容:)				
	里帰り	なし・あり	里帰り先(県) 里帰り期間()			
	困った時の 支援者	なし・あり	夫・パートナー・父母・兄弟・友人・その他()			
喫煙・ 飲酒	喫煙習慣	妊娠前	なし・あり	妊娠中	なし・あり	
	同居家族の 喫煙者	なし・あり	夫・パートナー・父母・兄弟・友人・その他()			
	飲酒習慣	妊娠前	なし・あり	妊娠中	なし・あり	
今までにかかった病気 や治療中の病気	なし・あり	糖尿病 高血圧 腎疾患 心疾患 甲状腺疾患 精神・神経系疾患 婦人科系疾患 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) その他() ⇒それはいつ頃ですか(歳頃) / 現在の治療(なし・あり)				
現在困っていることや 悩んでいること、 相談したいこと	おなかの子どものこと 出産に関して 妊娠中のこと ご自身の健康 夫婦関係 上の子の子育て 経済面 その他()					
上記のとおり届出いたします。						
年 月 日			届出者氏名:			
美浦村長 宛て			※代理の場合、妊婦との続柄()			
(ご本人以外の届出について) この届出について、_____に委任します。 妊婦署名						

※届け出の内容によっては、保健師等がご連絡する場合があります。