

妊娠届出書

住民基本台帳ネットワークシステムにより個人番号(マイナンバー)を取得することに(承諾する ・ 承諾しない)

ふりがな			職業	有() ・ 無
妊娠した者の氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日 (満 歳)
個人番号 (マイナンバー)			電話番号 (妊婦携帯)	
ふりがな				
世帯主氏名	(続柄)			
住所	小松島市 (住宅、マンション、アパートの部屋番号まで詳しくご記入ください。)			
転出予定	しない ・ する (転出先: 市・町・村)()月頃から ・ 未定			
妊娠週数	週 (妊娠 月)	今までの 妊娠出産 回数	妊娠	回
出産予定日	令和 年 月 日		出産	回
診断、保健指導を 受けた病院名・ 出産予定病院名	診断を受けた病院名		出産予定病院名	
	医師氏名・助産師氏名			
今回妊娠の 健康診断	性病(血液検査)	1. 受けた	2. 受けてない	
	結核(X線検査)	1. 受けた	2. 受けてない	
非妊娠時の 身体状況	身長	cm	・	体重 kg
前回妊娠中の経過	1. 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 2. 妊娠糖尿病 3. 貧血 4. 尿蛋白 5. 尿糖 6. 高血圧 7. その他()			
今までの出産状況	1. 2500g未満 2. 4000g以上 3. 多胎 4. 早産(37週未満) 5. 周産期死亡(28週～生後7日) 6. 死産 7. その他()			
兄弟の健康状況	1. 健康 2. その他()			
妊婦の既往歴	1. 糖尿病 2. 心臓病 3. 腎臓病 4. 高血圧 5. 甲状腺疾患 6. てんかん 7. その他()			
上記のとおり届け出ます。 妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援のため、市町村が把握した情報について必要に応じて 関係機関と確認・共有することに同意します。 令和 年 月 日 小松島市長 殿 届け出した者の氏名 (続柄)				

以下職員記入欄

本人確認	代理人の場合
<input type="checkbox"/> 個人番号カードの提示 <input type="checkbox"/> 通知カードの提示+ 【顔写真入りの場合1種類】 運転免許証・パスポート 【顔写真のない場合2種類】 健康保険証・年金手帳 その他()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 妊婦ご本人の個人番号カード又は通知カード <input type="checkbox"/> 代理人の運転免許証・パスポート その他()