

受付No. _____

妊婦健康診査助成券No. _____

外国語版 有()語)・無

妊 娠 届 出 書

年 月 日

(あて先) 福 岡 市 長

下記のとおり届出いたします

※妊婦記載欄		個人番号											
妊婦氏名	フリガナ			妊婦の生年月日						電話番号 (携帯)			
				昭和・平成 年 月 日 ()歳									
住所	住民票のある住所		福岡市 区										
	居住地住所		上記住所と違う方のみご記入ください										
妊婦の職業				夫(パートナー)の氏名・年齢						夫(パートナー)職業			
				フリガナ 氏名 ()歳									
妊娠週数	(届出時)			妊娠回数	前回妊娠中に異常がありましたか								
	週				<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 回目 <input type="checkbox"/> あった								

○妊娠届出時にいただいた情報については、妊娠期から子育て期のご家庭の支援を目的に、医療機関との連携・妊婦および乳幼児訪問・乳幼児健診等に活用させていただきます。目的以外に使用することはありません。

(※区記載 説明済)

※医療機関等記載欄		年 月 日																				
今回の妊娠の診断及びうけた検査	分娩予定日			妊娠週数																		
	年 月 日			週																		
	梅毒検査(性病の血液検査)			<input type="checkbox"/> 実施		<input type="checkbox"/> 実施していない																
	結核検診(胸のレントゲン検査)			<input type="checkbox"/> 実施		<input type="checkbox"/> 実施していない																
	施設住所																					
施設名																						
医師名又は助産師名																						
医療機関コード			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																			

(注)該当のところは、□内にレしてください。

【職員記載欄】

<p>●番号確認書面</p> <p><input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>番号通知カード <input type="checkbox"/>住民票(番号記載有) <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>●身元確認書面</p> <p><1点確認書面></p> <p><input type="checkbox"/>個人番号カード <input type="checkbox"/>住基カード(写真付) <input type="checkbox"/>運転免許証, 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/>旅券 <input type="checkbox"/>身障手帳, 療育手帳, 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/>在留カード, 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p><2点確認書面></p> <p><input type="checkbox"/>住基カード(写真なし) <input type="checkbox"/>公的医療保険・被保険者証 <input type="checkbox"/>年金手帳 <input type="checkbox"/>児童扶養手当証書, 特別児童扶養手当証書</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
