

妊 娠 届 出 書

母子手帳交付No.

白浜町長 様

年 月 日

(ふりがな) 妊婦氏名 1. 既婚 2. 未婚 (入籍予定: 有・無) 個人番号:		(ふりがな) 夫氏名 (パートナー)	
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日	年 月 日 (歳)
職 業	1. 有 () 2. 無	職 業	1. 有 () 2. 無
出身地	1. 町内 2. 町外 ()	出身地	1. 町内 2. 町外 () 現住所が妻と異なる場合は記入 ()
住 所	白浜町 (アパート等の方は部屋番号までご記入下さい。)	電話番号	(妊婦の連絡先)
転居及び転出予定	1. 無 2. 有 () 3. 未定		
出 産 予 定 日	年 月 日	妊娠週数	週 (箇月)
診断を受けた場合の 病院名又は助産所名	1. 受けた (施設名) 2. 受けていない		
出 産 予 定 施 設	1. 同上 2. 異なる施設 (施設名) 3. 未定		
初産・経産の別	1. 初産 2. 経産 (回目)		
不妊治療の有無	1. 無 2. 有 (治療開始時期: 年 月頃)		
既往歴の有無	1. 無 2. 有 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 () ⇒内服 無・有 (薬の名前:)		
流早死産の有無	1. 無 2. 有 <input type="checkbox"/> 流産 (12週未満) 人 <input type="checkbox"/> 死産 (12週以後) 人 <input type="checkbox"/> 早産 (死産を除く) 人 <input type="checkbox"/> 中絶 人		
低体重児 (2,500g以下) 出 産 の 有 無	1. 無 2. 有 (人)		