

個人番号 (マイナンバー)	— —	個人番号確認書類等をお持ちでない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 南相馬市長が個人番号の閲覧、記載等を行うことに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
------------------	-----	--

(個人番号は、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、妊産婦の訪問指導に関する事務で使用します。)

母子健康手帳番号 2 0 2 5 —

妊 娠 届 出 書

下記のとおり届出します。 令和 年 月 日	代理人の場合 妊婦との続柄
南相馬市長	
届出者氏名	( )

ふりがな		生年月日	年齢	職業
妊婦氏名		年 月 日生	歳	
ふりがな		生年月日	年齢	職業
配偶者氏名 (子の父)		年 月 日生	歳	
住所	南相馬市		携帯電話	
避難先住所			電話	
医師又は助産師の診断 または保健指導を受けた時はその氏名	分娩予定日	令和 年 月 日	これまでの出産回数 回	現在の妊娠週数 週
	初診年月日	令和 年 月 日	性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない
	特記事項	単胎 ・ 多胎 ( 胎)	結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない
	医療機関等の名称 医師又は助産師氏名			
妊産婦健康診査について、必要に応じ医療機関と連絡を取らせていただくことに同意していただけますか。				は い ・ いいえ

<職員記入欄>

<input type="checkbox"/> 入力未 ( <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 )	<input type="checkbox"/> 未入籍	<input type="checkbox"/> 双胎	<input type="checkbox"/> 特妊	担当	
---	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----	--

相談者： 本人 ・ 夫 ・ その他 ( )