様式第１号（第２条関係）

**妊娠届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出日 | | 年　　　月　　　日 | | | 妊婦個人番号※ |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 【個人番号利用目的について】  妊婦の個人番号は、母子保健法施行規則にもとづき収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児訪問指導、健康診査、妊娠届出、母子健康手帳の交付、妊婦の訪問指導に関する事務で使用します。この個人番号は、該当事務において必要がなくなった場合や法令による一定の保管期間が経過した場合は速やかに破棄します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※個人番号が不明な場合  **住民基本台帳ネットワークシステムから個人情報を取得することに**　　　　 　**□ 承諾します** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 赤ちゃんの保護者 | ふりがな | |  | | | 生年月日 | | | | 年齢 | | | | 職業 | | | | | | |
| 母親氏名  （妊婦氏名） | |  | | | 年　　月　　日 | | | | 歳 | | | | 勤務先：町内・町外（　　　） | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | 生年月日 | | | | 年齢 | | | | 職業 | | | | | | |
| 父親氏名  （ﾊﾟｰﾄﾅｰ氏名） | |  | | | 年　　月　　日 | | | | 歳 | | | | 勤務先：町内・町外（　　　） | | | | | | |
| 既婚　・　未婚 | | | 入籍予定の方  （新姓） | | | 住居地変更の予定 | | | | | | なし　・　あり　（　町内　・　町外　） | | | | | | | | |
| 住居地 | | | 愛別町 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険の種別 | | | 国保　・　社保　・　共済　・　国保組合　・　生活保護　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | 愛別町では妊婦さんや赤ちゃんが生まれたときにご家庭に、電話や家庭訪問を実施しています。  日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。  固定電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　自宅　・　里帰り先　・ 　　　　　　　）  携帯電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　妊婦　・　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産予定日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | 現在の妊娠週数 | | | | | | 満　　　　週（第　　　ヵ月） | | | | | | | | |
| 妊娠週数が24週以降の場合は、届出が遅れた理由をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初診月日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妊娠の診断を受けた施設名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師又は助産師名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出産予定の施設名 | | | | ※現在受診している施設と異なる場合に記入 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 結核に関する検査  （胸のレントゲン検査） | | | 受けた　・　受けてない　・　わからない | | | 性病に関する検査  （血液検査） | | | | | | 受けた　・　受けてない　・　わからない | | | | | | | | |
| （あて先）　愛　別　町　長  該当する項目に☑してください   * 上記のとおり妊娠の届け出をしました。　　　　　　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　妊婦との続柄 * 妊婦健康診査受診票を受け取りました。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〔　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意事項

１　この届出は、母子保健法第１５条により御届けいただくものです。職業・結核・性病等に関する項目は母子保健法施行規則（厚生労働省）第３条による必須項目ですが、必ずしもお答えいただかなくてもかまいません。

２　この妊娠届出書に基づいて母子健康手帳、妊婦健康診査受診票の交付、家庭訪問などを行います。