

ご妊娠おめでとうございます。この届出書は、妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、妊娠中の相談や必要なサービス情報の提供をする際の参考とさせていただきます。以下の内容により、保健師が連絡させていただく場合があります。

注:枚方市民のみ届出を行うことができます。(枚方市民とは枚方市に住民票を有する人のことです。)

当てはまる項目の□に✓を入れてください。

注:フリガナの姓と名は1マスあけて、濁点は1マス使って下さい。

届出日 平成	□□	年	□□	月	□□	日	個人番号	□□□□□□□□□□□□□□□□				
フリガナ	□□□□□□□□□□□□□□□□	電話番号	□□□□□□□□□□□□□□□□									
妊婦 氏名				生年月日	昭和・平成	□□	年	□□	月	□□	日	
住 所	枚方市			職 業				年齢	□□	歳		
出産予定日 平成	□□	年	□□	月	□□	日	現在	□□	週	これまでの出産	□□	回
現在かかっている産婦人科の名称				所在地 枚方市・()市								
性病に関する健康診断		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		結核に関する健康診断		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない						

※申請者が代理人の場合記入

代 理 人	ふりがな							本人との 関係	
	代理人氏名								
	住所	〒 —							
	日中連絡のつく 連絡先	電話番号						携帯電話	

確かに妊婦健康診査受診券(14枚)・産婦健康診査受診券(2枚)・妊産婦歯科健康診査受付票・乳児一般健康診査受診票を受け取りました。

(受け取り者サイン)

(妊婦との続柄)

記入上の注意

*「性病に関する健康診断」は、血液検査を受けたか否かによって記入してください。

*「結核に関する健康診断」は、今回の妊娠について、少なくともツベルクリン反応検査またはレントゲン検査(透視撮影いずれでも可)を受けたか否かによって記入してください。

*妊娠証明の添付は不要です

以下は職員が記入

※職員使用欄 受理日 年 月 日 発行番号(別冊の発行番号)

受理場所	保健所・保健センター・乳相	
受付者		住基確認
本人確認書類	個人番号・運転免許・住基カード・旅券・在留・特別永住・身障・療手・精保福手帳・保険証・通帳・キャッシュ()	
代理人確認書類	個人番号・運転免許・住基カード・旅券・在留・特別永住・身障・療手・精保福手帳・保険証・通帳・キャッシュ()	

1	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---