

妊 娠 届 出 書

年 月 日

神 崎 町 長 様

届 出 者 氏 名 :

母 子 健 康 手 帳 No :

別 冊 1 :

面 談 者 :

 住 民 基 本 台 帳 確 認 者 :

(ふりがな) 妊 婦 氏 名	年 齢		S・H 年 月 日 (満 歳)	
	妊婦の職業			
住 所	(〒 289-02) 神崎町		連 絡 先 (電話番号)	
本 籍 地				
夫 氏 名			夫の職業	
※ 医師・助産師の 診断又は保健指 導を受けた方は ご記入くださ い。	産院 (助産院) 明等			
	所 在 地			
	医師名又は助産師名			
妊 娠 ・ 分 娩 関 係	出産 (分娩) 予定日	年 月 日 出産予定		
	妊 娠 週 数	現 在 満 週		
	分娩経験 (出産経験の有無)	無 ・ 有 (回)	※ 分娩経験有りの方のみ おさんは何人いらっしゃいますか?	人
	妊婦既往歴 流・早・死産	無 ・ 有	※ 有の方のみ (あてはまるものに○で囲んでください。) (流産 回 ・ 早産 回 ・ 死産 回)	
	疾 病	無 ・ 有	※ 有の方のみ (あてはまるものに○で囲んでください。) 結核 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 その他 ()	
つわり (妊娠悪阻)	無 ・ 有			
タバコ (喫煙) について	※ あてはまるものに○で囲んでください。 1. 吸っている 2. 妊娠してやめた 3. 吸わない			
	同居の家族でタバコを吸う方いますか?		無 ・ 有 ()	
里帰り分娩予定	無 ・ 有 (里帰り先: 住所		電話:)	
パパママ学級参加希望	有 ・ 無 (理由:)			
★ 妊娠中で心配なことや、医師から注意されていることがありましたらご記入ください。				