



# 妊娠届出書

ご妊娠おめでとうございます



太枠内を記入してください。

母子健康手帳交付番号 第 号

転入のため届出

フリガナ	個人番号		夫または パートナー名	( ) 歳
妊婦氏名			世帯主氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳	職業	国籍（外国人の方のみご記入ください。）	
			出産予定日	年 月 日
住 所 および 電話番号	(アパート・マンション名、部屋番号も必ず書いてください)		妊娠週数	第 週 (第 月)
	志木市		単胎 ・ 多胎	
	電話番号		出産回数	初産・( ) 回目
	* 日中つながる電話番号をお願いします。		医療機関名	
今回の妊娠で性病（梅毒）に関する健康診断の有無			受けた・受けていない・わからない	
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無			受けた・受けていない・わからない	
上記届出いたします。				
年 月 日		申請者氏名		
(宛先) 志木市長		続柄（代理人の場合のみ）： 夫 ・ 家族 ( )		

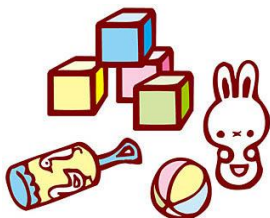
1・2・3・4・5・6

処理欄

志木市健康増進センターでは、妊娠、出産、育児の相談を行っています。

この妊娠届出書をもとに、保健サービスの一環で電話連絡または手紙をお届けする場合があります。

この届出書でご記入いただいた個人番号は、親子健康手帳（母子健康手帳）の交付、妊婦健康診査、訪問指導、保健指導、出生届以外の事務において利用することはありません。



志木市健康増進センター

048-473-3811