

※ 平成 年 月 日  
 ※ No. 号

## 妊娠届出書

母子保健法第15条の規定により、届出いたします。

松江市長 様

平成 年 月 日

届出者氏名 \_\_\_\_\_

\*妊婦以外の場合、妊婦との続柄 \_\_\_\_\_

ふりがな			
妊婦氏名			
生年月日	昭和・平成 または西暦	年 月 日	(満 歳)
住所	松江市		
	◆妊婦が外国人の場合 → 国籍 ( )		
電話番号			
職業	なし・あり ( )		
出産予定日・週数	平成又は西暦	年 月 日	妊娠第 週
医師または助産師の診断または保健指導を受けたときはその氏名(もしくは病院名)を記入			
結核に関する健康診断	なし・あり	*結核に関する健康診断は、妊娠中は受けないでください。	
性病等に関する健康診断(血液検査等)	なし・あり		
今までの出産	なし・あり		
次の病気にかかったことがありますか(治療中も含む)	高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・甲状腺の病気・心の病気(うつを含む) その他( )		
たばこを吸いますか	いいえ・はい・やめた・周りに吸う人がいる(家族・職場・その他)		
現在、酒類を飲みますか	いいえ・はい(どの位 )		
里帰り出産を予定されていますか	いいえ・はい(里帰り先 )		

\*必要に応じて、医療機関等と連絡する場合があります。

※市役所確認欄

□母子健康手帳、妊婦健診受診票の発行

\*外国語版発行の場合：英語・中国語・ハンガール語・タガログ語・インドネシア語・タイ語・その他 ( )

▽発行場所： 1.市役所 2.保健福祉総合センター 3.鹿島支所 4.島根支所 5.美保関支所 6.八雲支所 7.玉湯支所 8.宍道支所 9.八束支所

▽対応者： \_\_\_\_\_ (発行した職員の名前を記入)

※住所確認