

(様式第1号)

母子健康手帳

# 妊 娠 届

NO.

多胎・外国語版 ( )

令和 年 月 日

(宛先) 秋田市長

届出者氏名

(本人・夫・その他 ( ))

母子保健法第15条の規定により、次のとおり届出いたします。

ふりがな			
妊婦氏名	個人番号		
	職業		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
住民登録地	秋田市・秋田市以外の市区町村	国籍	(外国人のみ記入)
居住地	〒 - 世帯主氏名 ( )		
電話番号	秋田市の方については、出産後(分娩予定日のおおむね1~2か月後)に、子ども健康課より「こんにちは赤ちゃん訪問事業」のご案内を電話連絡しますので、 <u>その頃に、日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。</u> 固定電話 _____ (自宅・里帰先・ ) 携帯電話 _____ (妊婦本人・夫・ )		
分娩予定日	令和 年 月 日	現在の妊娠週数	満 週
分娩の経験	あり ・ なし		
今回の妊娠について医師又は助産師の診断を受けましたか	受けた ・ まだ受けていない 受けた場合は 医療機関名 _____		
分娩予定の医療機関名	現在かかっている医療機関と異なる場合にご記入ください。 医療機関名 _____ [ 都道府県 ]		
結核に関する健康診断	受けた・受けていない	性病に関する健康診断	受けた・受けていない

市記入欄

宛番号 ( )
個人番号 ( 確認 ・ 未確認 ・ 未記入 )
身分証明書確認 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート 在留カード ・ その他 ( )