

市 記 入 欄	来所者	個人番号確認	本人確認	交付場所	No.
	本人・夫・実母 その他()	個人番号カード・通知カード・住民票 その他()	個人番号カード・運転免許書 その他()	N (子育て支援課)	
	新規	住登外:母子手帳のみ交付		F (二ツ井地域局)	
緑 白 白1 白2 白3 白4 白5 橙 白6 白7 白8 白9 白10 黄1 黄2 黄3 黄4 精 歯 聴覚 産婦健2週間 産婦健1か月 母乳育相 多胎					

妊 娠 届 出 書

ふりがな 妊婦氏名	妊婦の 個人番号												
	結婚暦		既婚・未婚(入籍予定 あり・なし)										
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (年齢 才)		健康保険 種類	能代市国保・社会保険・その他									
職業 (勤務先)	(勤務先)												
居住地	〒 能代市 世帯主氏名()												
電話番号	(本人、夫、自宅・その他) *妊娠中や産後(産後概ね1~2か月後)に、子育て支援課より訪問等のご案内の連絡をしています。こちらの電話番号にかけさせていただく場合があります。ご了承ください。												
今後の 変更予定	1.なし 2.予定あり a.名字() b.住所(県 市町村)												
同居家族	人 (夫(パートナー)・子(人) 父・母・義父・義母・その他())												
夫・パートナー 氏名 生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (年齢 才)		夫・パートナー 職業										
出産予定日	年 月 日		現在の 妊娠週数	週									
出生順位	第 子 (□ 多胎)		過去の 妊娠出産	無・有(妊娠 回、出産 回)									
妊娠の診断を 受けた医療機関			里帰り予定	無・有(県 市町村)									
今後、妊婦健診 を受ける 医療機関	1. 妊娠診断を受けた医療機関と同じ 2. その他 (医療機関名)		分娩予定の 医療機関	1. 能代厚生医療センター 2. その他() 3. 未定									
今回の妊娠で 結核検査 (胸部レントゲン)	1. 受けた 2. 受けていない(不明含む)		今回の妊娠で 性病検査 (血液検査)	1. 受けた 2. 受けていない(不明含む)									

能代市長 あて 年 月 日

- 母子保健法第15条および同法施行規則の規定により、上記のとおり届出します。
- 母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳等の情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。
- 能代市では、医療機関、保育施設、教育委員会等と連携しながら、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行っています。支援が必要となる場合には、情報を共有することに (同意します ・ 同意しません) ※どちらかに○を付けてください。

届出者氏名 (本人・続柄)

*裏面もご記入ください