

# 妊 娠 届 出 書

鎌ヶ谷市長 宛

		申請日	年 月 日		
		届出者氏名			
* 黒い太枠の中を全て記入してください。					
ふりがな			生年月日	年 月 日 生 ( 歳 )	
妊婦氏名					
妊婦個人番号			妊婦の就労状況	無・有( )	
住 所 (住民票がある所)	鎌ヶ谷市				
電話番号	( )		本籍地	都道府県	
妊娠の診断を受けた病院名			病院電話番号		
病院住所					
分娩予定日	年 月 日		妊娠週数	現在満 週	
分娩経験	なし	流産	なし	早産	なし あり( 回)
	あり( 回)		あり	自然流産 人工流産	死産
1. お子さんは今何人ですか。(今回の妊娠を除く)				人	
2. 今回の妊娠がわかってから、病院で性病などの血液検査をしましたか。				はい・いいえ	
3. 最近1年くらいの中に、胸部レントゲンの検査を受けましたか。				はい・いいえ	
4. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか				はい・いいえ	
4で「はい」と答えられた方は当てはまるものに○をつけてください。					
心臓病    腎臓病    高血圧    糖尿病    結核    貧血    甲状腺疾患    喘息 こころの病気(うつ病など)    その他( )					
備考				郵送 /	
				カルテ無	
母子健康手帳No.(別冊No.)		妊婦訪問希望		無・有	
訪問の時期と相談内容		時期: 内容:			