

# 妊 娠 届 出 書

佐伯市長 様 平成 年 月 日

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

母子保健法第15条第1項の規定により、下記のとおりお届けします。

## 記

ふりがな 妊婦氏名		ふりがな 世帯主氏名	
生年月日	年 月 日 ( 満 歳 )	職 業	
住 所	大分県佐伯市		
妊娠週数	満 週	電話番号	
診断又は保健指導を受けた医療機関名・ 医師(助産婦)氏名	病院・医院 助産院 ----- 氏 名		
性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない		
結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない		
初産・経産の別	初 産 ・ 経 産 ( どちらかを でかこんで下さい )		
出 産 予 定 日	平成 年 月 日		