

受付No. _____

妊婦健康診査助成券No. _____

外国語版 有()語)・無

妊 娠 届 出 書

年 月 日

(あて先) 福 岡 市 長

下記のとおり届出いたします

※妊婦記載欄

		個人番号									
妊婦氏名	フリガナ	妊婦の生年月日					電話番号 (携帯)				
		昭和・平成 年 月 日 ()歳									
住所	住民票のある住所	福岡市 区									
	居住地住所	上記住所と違う方のみご記入ください									
妊婦の職業	夫(パートナー)の氏名・年齢					夫(パートナー)職業					
	フリガナ 氏名 ()歳										
妊娠週数	(届出時)		妊娠回数	前回妊娠中に異常がありましたか							
	週			<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> 回目 <input type="checkbox"/> あった							

○福岡市では、赤ちゃんとお母さんが安心して生活していただけるように、状況に応じて医療機関等へ情報提供を行いません。
情報を提供することに同意していただけますか (はい・いいえ)

※医療機関等記載欄

年 月 日

今回の妊娠の診断及びうけた検査	分娩予定日			妊娠週数																	
	年 月 日			週																	
	梅毒検査(性病の血液検査)		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない																	
	結核検診(胸のレントゲン検査)		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施していない																	
施設住所																					
施設名																					
医師名又は□																					
助産師名																					
医療機関コード			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																		

(注)該当のところは、□内にレしてください。

【職員記載欄】

●番号確認書面	
□個人番号カード □番号通知カード □住民票(番号記載有) □その他()	
●身元確認書面	
<1点確認書面>	
□個人番号カード □住基カード(写真付) □運転免許証, 運転経歴証明書 □旅券 □身障手帳, 療育手帳, 精神障害者保健福祉手帳 □在留カード, 特別永住者証明書 □その他()	
<2点確認書面>	
□住基カード(写真なし) □公的医療保険・被保険者証 □年金手帳 □児童扶養手当証書, 特別児童扶養手当証書 □その他()	