

転入者妊娠届出書

個人番号：		母子健康手帳交付番号 第		号
ふりがな		生年月日（年齢）	職 業	国 籍
妊婦氏名		年 月 日 (歳)		※外国人のみ
現住所	〒 桶川市	電話番号	(携帯：)	
居住地	(現住所と異なる場合のみ記載)			
ふりがな		生年月日（年齢）	職 業	国 籍
夫氏名 (パートナー)		年 月 日 (歳)		※外国人のみ
現住所	※お住まいが同じ場合は同上で構いません。		電話番号	(携帯：)
居住地	(現住所と異なる場合のみ記載)			
妊娠の診断を受けた 医療機関名				
住所				
電話番号		診断した医師の氏名		
交付済み 母子手帳情報	交付された市区町村	交付日 年 月 日	交付時の妊娠月数 か月（ 週）	
分娩予定日	年 月 日	性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない	
妊娠月数	か月（ 週）	結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない	
妊娠回数 ※今回の妊娠含む	初回 ・ その他（ 回）	健康保険	桶川市国民健康保険 ・ その他	
必要に応じて、市が医療機関等と情報共有することに同意の上、上記届出いたします。 桶 川 市 長 年 月 日 妊婦氏名 [代理人氏名 妊婦からみた続柄：]				

裏面のアンケートのご記入をお願いいたします。

市記入欄 ☐ 案内チラシの説明 ☐ 妊娠経過・受診状況確認 ☐ 保健センターの電話番号登録依頼 ☐ 夫/パートナーへの連絡の承諾 ☐ ファミサポ/家事援助サービスの説明 ☐ 地区担当紹介 ☐ 電話連絡（時期： 初・中・後期） ☐ フォロー有（ ） ☐ フォロー無 面談者（ ）	[備考欄] 来所者（本人・夫・実母・その他 ）
--	---

下記の質問で当てはまるものに○をつけ、() はご記入ください。

[illegible]

※「個人情報の保護に関する法律」に基づき、取得した個人情報は、原則として健康管理の目的以外には使用いたしません。

