

# 妊 娠 届 出 書

年 月 日

(届出先)

横浜市長

住 所 \_\_\_\_\_  
 届 出 者 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 ※届出者が本人でない場合 続柄 ( )

次のとおり妊娠の届出をします。

妊婦の個人番号														
ふりがな														
妊婦氏名														
生年月日	年 月 日生 ( 歳)					職業								
住 所	(〒 — ) (電話 — ) (携帯 — — )													
妊娠月数	満 週 ( か月) 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				結核に関する健康診断の有無				受けた・受けていない					
保健指導を行った医師 又は助産師の住所及び氏名	医 療 機 関 名													
	医 療 機 関 の 住 所													
	診 察 し た 人 の 氏 名													
	医師、助産師の別				医師			助産師						
出産を予定している医療機関名														