

妊 娠 届 出 書					*母子健康手帳交付所	番 号	号
ふりがな			歳	職 業			国籍 <small>（外国人の方のみ記入してください）</small>
妊婦氏名	(年 月 日生)						
妊婦個人番号	居住地		日中の連絡のとれる電話番号 ()				
ふりがな			歳	職 業			国籍 <small>（外国人の方のみ記入してください）</small>
夫氏名	(年 月 日生)						
ふりがな			世帯主氏名				
世帯主氏名							
出産予定日	年 月 日	妊娠週数（妊娠月数）	第 週（第 月）	妊娠回数	初回 ・ その他（ 回目）		
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無				受けた ・ 受けていない			
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無				受けた ・ 受けていない			
診断又は保健指導を受けたときはその病院名・医師又は助産師氏名 (川越市以外の場合は市町村名)		病院名称		(市区町村)			
		医師又は助産師氏名					
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 (提出先) 川越市長 妊婦氏名 _____							

◎ 川越市では、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行っています。
 この妊娠届出書の事務は、健康づくり支援課が担当しており、
 記載内容は、母子保健や子育て支援に関する事業のために活用させていただきます。
 なお、ご様子を伺うために、健康づくり支援課より連絡をさせていただく場合があります。
 また、妊娠期から母子共に健やかに過ごしていただけるよう、医療機関等と情報共有させていただく場合がありますので、ご了承ください。

◎ 父親となる心得、楽しく子育てしていくための情報などが掲載された「父子健康手帳」を配付しています。 希望しますか？
希望する ・ しない

◎ 裏面のアンケートにご協力ください。

<職員記入欄>

母子健康手帳	妊婦健康診査助成券・出生連絡票	父子健康手帳	確 認	担 当 者
	(※新規届出者のみ)		新規・出生後・住民登録外	

外国語版の母子健康手帳を発行した場合、○をしてください。

問い合わせ先：
 健康づくり支援課 049-229-4125