

妊娠届出書

正規

転入

第 号		妊婦の生年月日		妊婦の職業		国籍	
フリガナ 妊婦氏名		S / H 年 月 日 (歳)				※外国籍の方はご記入ください 妊婦 ()	
フリガナ 夫(パートナー)氏名		夫(パートナー)の生年月日 S / H 年 月 日 (歳)		夫(パートナー)の職業 ()		夫(パートナー) ()	
住所		所沢市					
妊婦 電話番号		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
出産予定日		20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 現在 第()週		<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(これまでの出産は 回)			
今回の妊娠の診断を受けた医療機関等			医師・助産師氏名				
今後受診を予定している医療機関等			里帰り出産		有() 無・未定 () 都道府県		
性病に関する健康診断を受けましたか?		受けた・受けていない		結核に関する健康診断を受けましたか?		受けた・受けていない	
年 月以降に所沢市が実施している子宮頸がん検診を受けましたか?						受けた・受けていない	
【 確認事項 】							
<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査助成券は、紛失した場合の再交付はできません。また、所沢市に住民票がない状態(転出など)で、所沢市発行の助成券をご利用になった場合、健診費用を請求させていただきます。							
<input type="checkbox"/> 所沢市では、妊娠期から子育て期までの切れ目ない支援をしております。助産師や保健師等からお電話をさせていただく場合や、医療機関等の関係機関にご連絡させていただく場合があります。また、赤ちゃんが生まれたご家庭にお電話をしております。							
上記について届出します。						20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
所沢市長あて		妊婦個人番号 <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 妊婦本人 <input type="checkbox"/> 代理人(妊婦との関係)			
届出者氏名							

【妊婦以外の方が申請する場合】裏面委任状へのご記入も併せてお願いいたします。

※以下職員記入欄

健管番号	<input type="text"/>											
アンケート	<input type="checkbox"/>	1. 当市	<input type="checkbox"/>	2. 他市	<input type="checkbox"/>	3. その他						
面接	<input type="checkbox"/>	1. 当市	<input type="checkbox"/>	2. 他市	<input type="checkbox"/>	3. その他						
転入者 助成券交換	<input type="checkbox"/>	妊婦HIV抗体検査助成券	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検診助成券	<input type="checkbox"/>	助成券①	<input type="checkbox"/>	助成券②	<input type="checkbox"/>	助成券③	<input type="checkbox"/>	助成券④
	<input type="checkbox"/>	助成券⑤	<input type="checkbox"/>	助成券⑥	<input type="checkbox"/>	助成券⑦	<input type="checkbox"/>	助成券⑧	<input type="checkbox"/>	助成券⑨	<input type="checkbox"/>	助成券⑩
	<input type="checkbox"/>	助成券⑪	<input type="checkbox"/>	助成券⑫	<input type="checkbox"/>	助成券⑬	<input type="checkbox"/>	助成券⑭	<input type="checkbox"/>	HTLV-1抗体検査助成券		
	<input type="checkbox"/>	クラミジア検査助成券	<input type="checkbox"/>	新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/>	産婦健診						
市受付記入欄	事務		専門職									

