

妊 娠 届 出 書

(母子健康手帳・妊産婦健康診査等受診票交付申請書)

3 0 0 1 0

黒いボールペンではっきりと枠からはみださないよう記入してください。
 訂正の際は二重線で取り消して正しく記入後、訂正欄に「1」を記入してください。
 この用紙は機械で読み取りしますので、汚さないでください。
 「フ」（濁点）「フ」（半濁点）は同じ枠に記入してください。
 苗字と名前の間は1マスあけ、数字は右詰めで記入してください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

訂正欄に「1」を記入してください。

1 9 9 7 年 0 4 月 0 2 日

訂正 訂正は「1」を記入

大分市長 殿

届出人 住 所
氏 名
TEL

母子保健法第15条の規定により下記のとおり届けます。 年 月 日

妊婦カナ氏名	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>															
妊婦漢字氏名											職 業					
生年月日 (西暦)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			年	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		月	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		日生	() 歳					
居 住 地	大分市										TEL () -					
妊娠週(月)数	第 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 週		(第 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月)			出産予定日(西暦 20 年 月 日)										
※妊娠週数は必ずご記入ください																
診断又は保健指導を受けた時は、その医師又は助産師の氏名																
性感染症に関する健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					結核に関する健康診断の有無					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

この申請書に関する個人情報は、大分市個人情報保護条例に基づき適切に管理いたします。
 ご記入いただいた情報は、市民健康管理システムに利用します。
 番号法により、個人番号は低体重児の届出等に確認することがあります。

大分市では、みなさんが安心して子育てできるように妊娠中から応援したいと考えています。保健所・保健(福祉)センターから妊娠・出産・子育てについて、ご連絡する場合がありますので、ご了承ください。

受 付 窓 口 記 載 欄 (※全ての項目を記入)	
交付日(西暦)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日
健康診査番号	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
No.	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
受付窓口 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
※妊娠届出・受診券交付時必ず記入	
申請内容	<input type="checkbox"/> 妊娠届出(母子健康手帳・妊産婦健診受診票交付申請) (<input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 産後)
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳再交付申請 再交付申請理由 (紛失・汚れ・その他)
	<input type="checkbox"/> 妊産婦健診等受診票交付申請(転入) 転入・再交付受診票
	<input type="checkbox"/> 妊産婦健診等受診票再交付申請 第8回・A・B・C・15・聴覚・産婦 上記以外(1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14)

※受付窓口 (01:本庁 02:東部 03:大南 04:西部 05:大在 06:坂ノ市 07:明野 08:野津原 09:佐賀関 10:中央)