

妊 娠 届

ふりがな		生年月日	職業	妊婦加入健康保険 名を記入して下さい
妊婦氏名		年 月 日 (才)		
ふりがな		生年月日	職業	1. 国民健康保険 番号
配偶者氏名		年 月 日 (才)		
世帯主氏名		自宅電話:		2. その他健康保険
住 所	北茨城市 町 アパート名 :			
感染症の健康診断	性病に関する診断: 受けた ・ 受けない		結核に関する診断: 受けた ・ 受けない	
妊娠の診断又は 保健指導を受けた 医師・助産師氏名	分娩予定日: 平成 年 月 日		妊娠週数: 週	
	住 所			
	医療機関名			
上記のとおり届出をいたします。 平成 年 月 日 北茨城市長 様 氏名				

妊婦健康管理のために下記についてお伺い致します。

- 今までに病気や手術をしたことがありますか。 はい (病名) いいえ
- 今回の妊娠について
 - たばこはすっていますか。 はい いいえ
 - 妊娠してから何か薬を飲みましたか。 はい いいえ
 - 妊娠してからX線検査を受けましたか。 はい いいえ
- 今までの妊娠について
 - 今までに何回お産をしましたか。 _____ 回
 - 今までのお産は正常でしたか。 はい いいえ
 - 流産、早産、死産をしたことがありますか。 はい いいえ
流産 _____ 回、 早産 _____ 回、 死産 _____ 回
 - 妊娠高血圧症候群にかかった事がありますか。 はい いいえ
 - 貧血で治療をした事がありますか。 はい いいえ
 - その他に不安や心配な事で相談したい事がありますか。 はい () いいえ

市 記 入 欄 ※ ※ ※ 妊娠届出に係る各種交付内容 ※ ※ ※

受 付 番 号	交付日	母子 健康手帳 再交付番号	妊婦健康診査受診票														乳児健康 診査受診票	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	6~7月児	9~10月児

※交付No									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

北 茨 城 市

交付担当者	
-------	--