妊婦本人の個人番号（マイナンバー）

妊娠届出書

交付番号		No.　　愛　　（外国語版No.　愛　）	届出年月日	年　　月　　日		
妊婦	ふりがな 氏名	□既婚　□未婚（入籍予定　あり　・　なし　）	国籍	□日本	職業	
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）	電話番号			
	住所	愛川町 町内在住期間　□1年未満　　妊娠期間中に転出予定　□なし　□あり				
夫またはパートナー	ふりがな 氏名		国籍	□日本	職業	
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）	電話番号			
	住所	□妊婦と同住所				

医師または助産師の診断を受けた時	出産予定日	年　　月　　日	妊娠の確認を受けた病院名	
	妊娠週数	満（　　）週	出産予定の病院名	同上 その他（　　）
	特記事項	□単胎　□多胎（　胎）		
今回の妊娠	初めて　・（　　）回目		出産	初めて　・（　　）回目
流産・早産の経験	なし　・　あり／流産（　　）回、死産（　　）回、人工妊娠中絶（　　）回			
今回の妊娠経過	異常なし　・　異常あり（　　）		今回の妊娠	第（　　）子
今回の妊娠で性病に関する健診	受けた　・受けていない		1年以内の胸部レントゲン検査	受けた　・受けていない

きょうだいについて妊娠・出産の状況		生年月日	出生体重	妊娠出産時の異常		生年月日	出生体重	妊娠出産時の異常
	第1子	年　月　日（　）	g	なし・あり	第4子	年　月　日（　）	g	なし・あり
	第2子	年　月　日（　）	g	なし・あり	第5子	年　月　日（　）	g	なし・あり
	第3子	年　月　日（　）	g	なし・あり	第6子	年　月　日（　）	g	なし・あり

上記のとおり、届け出ます。

母子健康手帳及び妊婦健康診査費用補助券の交付にあたり、愛川町が住民基本台帳の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。

また、母子の健康管理や健やかな妊娠・出産を迎えるために必要な場合、本届出書及び「妊娠・出産支援のためのアンケート」の一部内容を医療機関等の関係機関に情報を紹介することについて同意します。

愛川町長あて　　届出人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　妊婦との続柄（　　）