妊　娠　届　出　書

年　　月　　日

（あて先）　沖縄市長

母子保健法第15条の規定に基づき次のとおり届け出ます。

マイナンバー																		
親子健康手帳番号（母子健康手帳）	4	7				ー	2	0			ー					ー		

（ふりがな）		生年月日	年齢	職業
妊婦氏名	①既婚　②未婚（入籍予定 あり･なし） ③再婚　④事実婚	□昭和　□平成 年　月　日		職業名： ①常勤（正規・契約・派遣） ②ﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生（　　） ⑤主婦　⑥無職 ⑦その他（　　）
（ふりがな）		生年月日	年齢	職業
パートナー氏名	①初婚　②再婚 ③その他（　　）	□昭和　□平成 年　月　日		職業名： ①常勤（正規・契約・派遣） ②ﾊﾟｰﾄ・ｱﾙﾊﾞｲﾄ・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生（　　） ⑤無職 ⑥その他（　　）

現住所（住民登録住所）	（〒　　） 沖縄市	連絡先	妊婦：
居住地住所（現在、住んでいる住所）	（〒　　）＊上記住所と異なる方のみ記入		緊急①：　（続柄　　） 緊急②：　（続柄　　）
転出の予定	①あり（県内：市町村名　　・　県外　・　国外　）　②いいえ　③検討中		
分娩予定日	年　月　日	健康保険の種別	①社保 ②国保 ③生活保護 ④その他（　　）
妊娠週数	満　週（　か月）　第　子		

医師又は助産師の診断又は保健指導の有無	受けた	初診年月日	年　月　日	特記事項	①単胎 ②多胎（　胎） 一卵性・二卵性
		医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名			
	いない 受けて	妊娠確認方法	① 市販の妊娠検査薬での陽性反応 ② その他（　　）		
出産予定の医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名					

今回の妊娠で性病に関する健康診断を受けましたか	①受けた　②受けていない
1年以内に結核に関する健康診断（胸部レントゲン検査）を受けましたか	①受けた　②受けていない

代理人が届け出る場合	私は、妊婦から委任を受け、妊娠届出書を提出します。 届出人氏名：＿＿＿＿＿＿　妊婦との続柄（　　） 住所：＿＿＿＿＿＿　連絡先：＿＿＿＿＿＿ 届出者本人確認／　マイナンバーカード　免許証　保険証　その他（　　）

注1　この届出書は妊産婦に必要な保健指導、健康診査等に活用するためのものです。他の目的に使用することはありません。

（第7版）