

母子健康手帳交付番号No.

### 妊娠届出書

ふりがな 妊婦氏名						職業	
個人番号							
居住地	大阪府南河内郡千早赤阪村大字						
	TEL ( )						
生年月日	年	月	日	年齢	歳	妊娠月数 (妊娠週数)	か月
出産予定日	年	月	日	これまでの 出産	有・無		(満 週)
性病に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない			妊娠の診断を受けた 医療機関名と医師 または助産師の氏名			
結核に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない						
上記のとおり届出します。							年 月 日
大阪府千早赤阪村長 様							
							申請者氏名

記入上の注意

1. 「性病に関する健康診断」欄は、血液検査を受けたか否かによって記入すること。
2. 「結核に関する健康診断」欄は、今回の妊娠について少なくともツベルクリン反応検査または、レントゲン検査（透視撮影何れにても可）を受けたか否かによって記入すること。
3. 太線の中だけ記入の上、村長に提出して、母子健康手帳の交付を受けてください。
4. 妊娠届出時における妊娠証明の添付は不要です。
5. 妊娠の経過について、ご様子をお伺いする場合がありますので、よろしく申し上げます。