

別記

様式第1号 (第2条関係)

妊 娠 届 出 書							
(宛先) 佐倉市長				届出者氏名			
妊婦との続柄 ()							
届出年月日	年 月 日						
ふりがな				生年月日	年齢	職業	
母親氏名				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
	個人番号						
ふりがな				生年月日	年齢	職業	
父親氏名				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
住 所	(〒285 -) 佐倉市			妊婦本人と連絡がとれる 電話番号	自 宅		
					携帯電話		
出産予定日	年 月 日			妊娠週数	第 週	おなかにいる胎児の数 人	
健康診断	(性病検査) <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない			(結核検査) <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない			
医師や助産師の診断や保健指導を受けた医療機関等							
施 設 名							
所 在 地							
医師名又は助産師名							
今までの妊娠・分娩経験について							
分 娩 経 験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回	現在のお子さんの数		人		
流・早・死産	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	自然流産 回	人工中絶 回	早産 回	死産 回		
現病歴 (現在治療をされている病気)							
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ()						
既往歴 (過去にかかった病気)							
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治療完了・中断)	病気の名前:						

★別紙『妊婦さんへのアンケート』のご記入をお願いいたします。

※マイナンバーカードをお持ちの方は、「ぴったりサービス」からオンライン申請もできます。(後日、面接を行います)
QRコードを読み込む → 市町村を選択…千葉県佐倉市 → 検索条件を設定…カテゴリ 、妊娠・出産 → 「この条件で検索」をクリック



【交付処理】

交付場所	健セ・西部・南部・志津北部・市役所	別冊交付	No. ()	外国語版	<input type="checkbox"/> 交付有
多 胎	<input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 別冊	出産応援給付金申請書配布		<input type="checkbox"/> 配布 <input type="checkbox"/> 配布なし	

【本人確認】

マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無 [確認了解済 ・ その他 ()]				
身 元 確 認	(1点で可) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード (外国人のみ) (2点以上) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()				

【代理人】※妊婦本人以外の届出の場合

身 元 確 認	(1点で可) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード (外国人のみ) (2点以上) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()				
---------	--	--	--	--	--

宛 名 番 号	
---------	--

収受印	会 議	計 画 書	電 話

担当：母子保健課 (電話：043-485-6712)