様式第1号（第2条関係）

妊　娠　届　出　書

交付日		交付番号	
		健康保険	国保 ・ 社保 ・ その他

フリガナ 妊婦氏名		生年月日	（　　歳）	職　業	
フリガナ 夫の氏名 （パートナー）		生年月日	（　　歳）	職　業	
住　　所	潮来市	個人番号（妊婦）			
		電話番号	自宅		
			携帯		
妊娠週数	第　　週　　単胎　・　多胎				
出産予定日	年　　月　　日				
妊娠歴	妊娠回数（今回の妊娠を含む）		流産（　　回）　早産（　　回）		
	出産回数		低体重児（2,500g未満）（　　回）　巨大児（4,000g以上）（　　回）		
受診した医療機関	医療機関名				
出産予定医療機関	医療機関名				

上記のとおり届出いたします。

年　　月　　日

潮 来 市 長　様

届出者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（妊婦との続柄　　）

【確認事項】

◎ 母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳ネットワークシステム等の情報について、潮来市が調査、取得、利用することがあります。

◎ 妊娠届出書及び妊婦支援質問票の情報は、母子保健サービスの実施における関係機関との連携や災害時の支援のために利用することがあります。

◎ 妊娠期から子育てまでの切れ目ない支援のため、地区担当保健師からご連絡することがあります。また、必要に応じて、潮来市が医療機関や関係機関と情報共有することがあります。

このことについて同意します。

年　　月　　日　本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿