

# 妊 娠 届 出 書

★母子保健法に基づき、妊娠届出をした方に母子健康手帳を交付します。

転入 有 無

★下記の太枠内に必要事項をご記入ください。

補助券使用開始

回目～

★ご記入いただいた内容は保健事業以外には使用いたしません。

妊婦本人の個人番号(マイナンバー)

《個人番号の利用目的について》妊婦の個人番号は、母子保健法施行規則にもとづき収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、新生児の訪問指導、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導に関する事務で使用します。この個人番号は、当該事務において必要がなくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合は速やかに破棄します。

個人番号確認欄

《確認カード》個人番号通知カード・個人番号カード・その他( )

母子健康手帳番号		
妊 婦	氏 名	
	生年月日	S ・ H 年 月 日生 ( 歳 )
	居住地	(〒 - ) 大磯町 (自宅) ( ) (携帯) ( )
	妊娠週数 または月数	満 週 ( 第 月 )
診 断	妊娠の診断を ( *転入者は記入しない ) 受けた ・ 受けていない	医療機関名
既往歴	現在治療中もしくは今までに大きな病気をしたことはありますか。 ある(下の欄に記入) ・ ない	
(○をつける)	婦人科 循環器科 呼吸器科 消化器科 泌尿器科 代謝・内分泌科 脳神経科 心療内科 その他	
【病名】	【 】 【 】	
町では赤ちゃんの全戸訪問をしています。お伺いする際の情報として、赤ちゃんと保護者の氏名・生年月日・住所・電話番号を担当の助産師・民生委員児童委員に情報提供することに、 同意する ・ 同意しない		
上記のとおり届け出ます。 _____年 ____月 ____日 大 磯 町 長 殿 申請者氏名 _____ ( _____ )		

**裏面も記入をお願いします**

【本人確認書類】《1点で可》 個人番号カード ・ 運転免許証 ・ パスポート 《2点以上》 保険証 ・ 年金手帳  
その他 ( ) ※その他のみは3点以上

町 記入欄

記載者 \_\_\_\_\_