

## 令和8年度 妊娠届出書

太枠内のみ記入してください。

フリガナ				世帯主氏名			
妊婦氏名				夫の氏名			
年齢	S H	年	月	日	歳	職業	国籍 ※外国の方のみ 記入してください。
個人番号				電話番号			
居住地	坂戸市						
出産予定日	年	月	日	妊娠週数	第	週	(第 月)
妊娠回数	初回 ・ その他 回 (流産等を含みます)						
今回の妊娠で性病に関する健康診断を受けましたか	はい ・ いいえ			今回の妊娠で結核に関する健康診断を受けましたか	はい ・ いいえ		
診断または保健指導を受けたときは その病院名・医師または助産師名	病院(医院)名						
	医師名または助産師名						
上記届出いたします							
年 月 日							
坂戸市長 あて		妊婦氏名			(代理人氏名 )		

この妊娠届出書は、出産・子育て支援以外には使用いたしません。

-----  
市役所記入欄・・・該当になる欄のみ記入。

母子健康手帳(親子健康手帳)交付(交付した種類に○をする。)	
日本語・英語・ポルトガル語・スペイン語・タガログ語・中国語 ハングル語・タイ語・インドネシア語・ベトナム語・ネパール語	
<input type="checkbox"/> 助成券セット <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> ⑦ <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨ <input type="checkbox"/> ⑩ <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫ <input type="checkbox"/> ⑬ <input type="checkbox"/> ⑭ <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 性器クラミジア検査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査①② <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査	
交付場所: こども支援課 ・ こども家庭センター	受付者  