

長崎市母子保健法施行細則  
第1号様式(第4条関係)

母子健康手帳交付年月日  
平成 年 月 日  
番 号

妊 娠 届

平成 年 月 日

(あて先)長崎市長

届出者 住 所

氏 名

妊娠の届をしたので、母子保健法第15条の規定により次のとおり届け出ます。

氏 名		年 月 日生	年 齡		職 業	
住 所				電 話	( )	
妊 娠 週 数	満	週(第 月)	分 娩 予 定 日	年	月	日
診 察 又 は 保 健 指 導 を 受 け た 医 師 又 は 助 産 師 の 氏 名 等	病 院 の 名 称 及 び 医 師 の 氏 名					
	産 院 の 名 称 及 び 助 産 師 の 氏 名					
性 病 及 び 結 核 に 関 する 健 康 診 断 を 受 け た こ と の 有 無	性 病	受 け た ( 年 月 日 )	受 け ない			
	結 核	受 け た ( 年 月 日 )	受 け ない			
備 考						
1 母子健康手帳をうけとりました。 2 母子健康手帳別冊 全部 ・ 一部 を受け取りました。 サイン ( )						