

母子健康手帳交付年月日
平成 年 月 日
番 号

第1号様式(第4条関係)

妊 娠 届				
年 月 日				
(あて先)長崎市長				
届出者 住 所 氏 名 (妊婦との関係)				
妊娠の届をしたいので、母子保健法第15条の規定により次のとおり届け出ます。				
フリガナ		生年月日	職 業	
妊婦氏名		年 月 日生 () 歳		
妊婦の 個人番号				
住 所	長崎市 電話番号 ()			
妊 娠 週 数	満 (第	週 月)	分娩予定日	年 月 日
診察又は保健指導を 受けた医療機関及び 医師名又は助産師名				
性病に関する健康診断	受けた		受けていない	
結核に関する健康診断	受けた		受けていない	
備 考				