

## 妊 娠 届 出 書

親子健康手帳交付番号		届出年月日	年 月 日(妊娠 週)	
妊 婦	(ふりがな)	生年月日	年 月 日( 歳)	
	氏 名	個人番号		
	職 業	国 籍 (外国人のみ)		
電 話	自宅( ) - 妊婦携帯 - -			
妊娠の診断を受けた医療機関名・医師名	住所	妊娠週数	妊娠 週月	
	医療機関名	妊娠回数 (今回を含め)	回目	
	医師名	お子さまの人数	人	
出産予定日	年 月 日			
	梅毒検査 うけていない・うけた	B型肝炎検査 うけていない・うけた	結核検査 うけていない・うけた	
年 月 日 届出者 住 所 氏 名 (妊婦との続柄 )				

- 注 1. 妊娠とわかったら、この妊娠届出書を記入して、住所地の市役所に提出し親子健康手帳(母子健康手帳)の交付を受けてください。
2. この届出の情報は、住所地の市役所で管理し、母子保健事業以外の目的では使用しません。

### 個人情報取り扱いについて

健康診査受診券(妊婦健康診査・妊婦歯科健康診査・産婦健康診査・1か月児健康診査・乳児健康診査・新生児聴覚検査)の交付にあたり、下記について確認をお願い致します。

- 1 妊娠、出産(流産、死産を含む)の情報を市、医療機関等が把握している情報を必要に応じて、相互に確認・共有することがあります。
- 2 必要に応じて、本市から受診者本人又は保護者(18歳に達していない場合)、医療機関等に受診状況を問い合わせる場合があります。
- 3 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援体制を整備するため、本市は個人が特定されない形で結果を兵庫県や国に報告することがあります。

※以上の内容をご了承いただき、以下の同意欄に自書願います。

私は上記1・2・3の内容について同意します。

年 月 日

住所

氏名