様式第1号(第2条関係)

母子健康手帳交付番号	
届出年月日	平成　　年　　月　　日

妊娠届出書

個人番号 マイナンバー	

※太枠内のみご記入ください。裏面もあります。

ふりがな		生年月日	年齢	職業
	①既婚　②未婚：入籍予定（有・無）	S・H　　年　　月　　日	歳	
ふりがな		生年月日	年齢	職業
夫(パートナー) 氏名		S・H　　年　　月　　日	歳	
住所	(〒　　－　　) 小田原市		電話	－
			携帯電話	(　　) －
妊娠週数 (妊娠届出現在)	妊娠 第　　週（第　　月）	出産予定日 平成　　年　　月　　日	出産予定 病院	(　　県)
妊娠回数 (今回の妊娠含む)	回目	出産回数 (今回の出産含む)	①初産 ②経産 (　　回目)	今回の妊娠で診断または保健指導をした医師または助産師の氏名
今回の妊娠で性病検査を	①受けた　②受けない	今回の妊娠で結核検査 (ツ反、胸部レントゲン)を	①受けた　②受けない	

今までの妊娠で妊娠高血圧症候群であると診断されたことがありますか。	①ない　②ある
今までに大きな病気にかかったことはありますか。	①ない　②ある（病名：　　）
現在治療中の病気はありますか。	①ない　②ある（病名：　　）
あなたはタバコを吸いますか。	①いいえ　②妊娠してやめた　③はい（　　本/日）
タバコを吸う家族はいますか。	①いいえ　②夫（　　本/日）　③＿＿＿（　　本/日）　④＿＿＿（　　本/日）
タバコを吸う家族がいる方へ 主な喫煙場所はどこですか。	①外　②部屋　③換気扇の下　④車の中　⑤その他（　　）
あなたはアルコールを飲みますか。	①いいえ　②妊娠してやめた　③はい（　　回/週）

上記のとおり届出いたします。

小田原市長 様　平成　　年　　月　　日　届出者氏名

(妊婦との関係：　　)

※この妊娠届出書をもとに、住民登録の確認を行うとともに、母子保健法第15条及び母子保健法施行規則第3条により個人番号を収集し管理いたします。

※この妊娠届出書は、小田原市の母子保健以外の目的では使用いたしません。

※この届出により、保健師が訪問や電話等をさせていただくことがありますので御了承ください。

事務処理欄	外国語母子健康手帳交付	英語・中国語・ハングル語・タガログ語・その他（　　）
	特記事項	