

## 妊娠届出書

個人番号(マイナンバー)

太枠内をご記入ください

妊婦氏名	(ふりがな)	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( )歳	
住所	泉南市	
電話番号	自宅(072- ) 携帯( )	
職業	主婦 パート アルバイト 会社員 自営業 学生 無職 他( )	
出産予定日 週数	令和 年 月 日 / 現在の週数:( )週・不明	
診断を受けた医療機関	( )病院・医院・助産所 医師名・助産師名 ( )	
出産予定医療機関	同上 他( )	
性感染症に関する健診は受けましたか (血液検査等)	受けた ・ 受けていない ・ 不明	
結核に関する健診は受けましたか (ツベルクリン反応または胸部レントゲン)	受けた ・ 受けていない ・ 不明	
泉南市長 様		
上記のとおり届出をするにあたり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。		
届出日: 年 月 日		
届出者氏名: (妊婦との続柄: 本人 他 )		

## 【スタッフ記入欄】

面接者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫(体験: 有 無) <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 兄弟( )
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他 ( )

## 【すくすくプラン】

保セ事業紹介	産前 <input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 歯科健診 <input type="checkbox"/> はじ赤 <input type="checkbox"/> 助産師サロン <input type="checkbox"/> 助産師相談 <input type="checkbox"/> 助産師訪問
<input type="checkbox"/> 地区担紹介	産後 <input type="checkbox"/> 産後ケア <input type="checkbox"/> 聴覚検査 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> 乳児一般 訪問( <input type="checkbox"/> こん赤 <input type="checkbox"/> 新生児 <input type="checkbox"/> 他) <input type="checkbox"/> サロン <input type="checkbox"/> 赤ママ相
子育て支援関係	<input type="checkbox"/> 子育て支援センター <input type="checkbox"/> ファミサポ <input type="checkbox"/> 一時保育 <input type="checkbox"/> 保育所、子ども園
その他	<input type="checkbox"/> 育児休暇等就労関係情報提供 <input type="checkbox"/> その他( )
地区担	<input type="checkbox"/> なし(指 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 禁酒 <input type="checkbox"/> 他 ) <input type="checkbox"/> あり(内容 )

面接者【 (裏面記載)】