

# 妊 娠 届 出 書

年 月 日

(届出先)

**横浜市長**

住 所 \_\_\_\_\_

届 出 者

氏 名 \_\_\_\_\_

※届出者が本人でない場合 続柄 ( )

次のとおり妊娠の届出をします。

妊婦の個人番号													
ふりがな													
妊婦氏名													
生年月日	年 月 日生 ( 歳)						職業						
住 所	(〒 — )			(電話 — )			(携帯 — )						
妊娠月数	満 週 ( 月)			予定日			年 月 日						
性病に関する健康診断の有無	受けた・受けていない				結核に関する健康診断の有無				受けた・受けていない				
保健指導を行った医師又は助産師の住所及び氏名	医 療 機 関 名												
	医 療 機 関 の 住 所												
	診 察 し た 人 の 氏 名												
	医師、助産師の別				医師			助産師					
出産を予定している医療機関名													

横浜市に住民票のある方が  
こちらで届出できます。  
まだ、転入されていない方や  
転出予定の方は、窓口でご相談  
ください。

# 《記入例》

## 妊 娠 届 出 書

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(届出先)

横浜市長

住 所 〇〇区〇〇1-2-3

届 出 者

氏 名 横 浜 花 子

※届出者が本人でない場合 続柄 ( )

次のとおり妊娠の届出をします。

妊婦の個人番号	※ご不明の場合は空欄にしてください。									
ふりがな	よこはまはなこ									
妊婦氏名	横 浜 花 子									
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生 ( 〇〇 歳)				職業					
住 所	(〒 — )		(電話 — )		(携帯 — )			〇〇区〇〇1-2-3		
妊娠月数	満 週 ( か月)		予定日		年 月 日					
性病に関する健康診断の有無	受けた・受けていない 妊婦の診断を行った医療機関で感染症の検査(血液検査)を受けましたか?			結核に関する健康診断の有無			受けた・受けていない 会社の健診や人間ドックで、概ね1年以内に胸部レントゲン検査を受けていますか?			
保健指導を行った医師 又は助産師の住所及び氏名	医 療 機 関 名		〇〇産婦人科 ※妊娠が確定した医療機関を記入							
	医 療 機 関 の 住 所		〇〇区〇〇4-5-6							
	診 察 した 人 の 氏 名		〇〇 〇〇 ※不明の場合は空欄							
	医師、助産師の別		医師		助産師					
出産を予定している医療機関名	〇〇病院 ※決まっていない場合は「未定」と記入してください。									

(A4)