

妊娠届出書

		※母子健康手帳交付番号 第 号	
個人番号		世帯主氏名	
ふりがな		夫氏名	
妊婦氏名		職業	
生年月日		妊娠週数	週
住所・電話	川口市 電話番号 ( )	※※国籍	
診断又は保健指導を受けたときはその医療機関名及び医師又は助産師名	医療機関名		
	医師又は助産師名		
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無		受けた ・ 受けていない	
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無		受けた ・ 受けていない	
妊 娠 回 数		初回・2回目・3回目・その他 ( )	
出 産 回 数		無 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ その他 ( )	
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 (あて先) 川口市長 妊婦氏名			

※欄は、記入しないでください。

※※欄は、外国人のかたのみ記入してください。

----- < 職員処理欄 > -----

令和6年度版 市5年保管

①	<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方の本人確認確認書類を <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 在留カード等
②	<input type="checkbox"/> 妊婦の住基確認	③ <input type="checkbox"/> 個人番号確認	④ 外国語版	〔英語 ・ その他 ( )〕	
⑤	処理部署 <input type="checkbox"/> 地保セ <input type="checkbox"/> 鳩ヶ谷分室 <input type="checkbox"/> 中央ST <input type="checkbox"/> 青木ST <input type="checkbox"/> 南平ST <input type="checkbox"/> 芝ST <input type="checkbox"/> 神根ST <input type="checkbox"/> 戸塚ST <input type="checkbox"/> 新郷ST	対応者名			
⑥	<input type="checkbox"/> 応援金(ピンク)の紙渡した <input type="checkbox"/> 渡さなかった (理由: <input type="checkbox"/> 転入前の市町村で申請済 <input type="checkbox"/> 妊婦以外の来所のため) <input type="checkbox"/> その他 ( )	妊婦面談実施者	交付日	月	年 日
⑦	<input type="checkbox"/> WEB予約後来所 <input type="checkbox"/> 電話連絡後来所 <input type="checkbox"/> 予約なし来所 <input type="checkbox"/> その他 ( )	妊婦面談実施日	月	年 日	

