

# 妊 娠 届 出 書

妊婦氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H 年 月 日 ( 才 )

職 業 会社員・主婦・その他( ) \*出身地 \_\_\_\_\_

夫の氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H 年 月 日 ( 才 )

職 業 会社員・自営業・その他( ) \*出身地 \_\_\_\_\_

住 所 豊丘村 神稻・河野 番地 \_\_\_\_\_ \*自治会 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 - - \_\_\_\_\_

\*家族数 \_\_\_\_\_ 人家族 \_\_\_\_\_ \*家族形態 大家族・核家族 \_\_\_\_\_

妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週 ( \_\_\_\_\_ ヶ月) \_\_\_\_\_ 出産予定日 H 年 月 日 \_\_\_\_\_

\*妊娠暦についておたずねします(※わかる範囲で結構です)

	生年月日	出生体重	在胎週数	妊娠中の 体重増加	妊娠中の異常			
					尿蛋白	尿糖	高血圧	貧血
第1子	H 年 月 日	g	週	kg	有・無	有・無	有・無	有・無
第2子	H 年 月 日	g	週	kg	有・無	有・無	有・無	有・無
第3子	H 年 月 日	g	週	kg	有・無	有・無	有・無	有・無

\*流産、死産(有・無) \_\_\_\_\_ 流産 \_\_\_\_\_ 回、死産 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_

\*診断を受けた病院 市立病院・椎名・羽場・日赤・平岩 \_\_\_\_\_ \*出産場所 市立病院・椎名 \_\_\_\_\_

\*保険証の種類 \_\_\_\_\_ 国民健康保険 \_\_\_\_\_ ・ 社会保険 \_\_\_\_\_

上記のとおり届出します。

平成 年 月 日

妊婦氏名

豊丘村長 殿

豊丘村では、安心して子育てができるよう妊娠中から応援したいと考えております。  
◆心配なことがありましたらお書き下さい。

保健師・栄養士記入欄

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

BMI \_\_\_\_\_

おたずね該当項目(番号記入)

\_\_\_\_\_