

種別		新規届出 ・ 転入による再届出 (都道府県	区市町村より転入)
ふりがな		生年 月日	年 月 日 (歳)	職 業	
妊婦氏名					
妊婦の個人番号				妊婦の電話番号	
妊婦の居住地	台東区				
ふりがな		生年 月日	年 月 日 (歳)	職 業	
子の父の氏名					
妊娠週数	満 週 (か月)	単胎 ・ 多胎 () 人			
出産予定日	年 月 日	出産経験	なし ・ あり () 回		
性病に関する健康診断 (血液検査)	受けた ・ 受けていない		結核に関する健康診断	受けた ・ 受けていない	
診断を受けた 医療機関等	医療機関名 所在地 医師又は助産師名				
台東区長殿 上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者氏名 _____ 妊婦との続柄 ()					

*届出者が妊婦と別世帯の場合は、委任状が必要です。

「新規届出」の方	妊婦健康診査受診票 14枚 ・ 子宮頸がん検診受診票 1枚 ・ 超音波検査受診票 4枚 ・ 新生児聴覚検査受診票 1枚 (多胎の場合は人数に応じた枚数) ・ 産婦健康診査受診票 2枚 ・ 1か月児健康診査受診票 1枚 (多胎の場合は人数に応じた枚数)、確かに受け取りました。
「新規届出」及び「転入」の方	「こんにちは赤ちゃん訪問」のため、浅草保健相談センター・台東保健所が必要に応じて上記届出に記載された情報(住所、電話等)を使用することに同意します。
*上記についてご確認いただきましたら、右記にご署名をお願いいたします。	署名

●妊婦ご本人が届出者の場合は、アンケートにご協力をお願いいたします●

台東区では、安心して出産・子育てができるよう妊婦さんのご相談をお受けしております。
該当するところに○印、または () 内にご記入ください。

1. 現在までの妊娠経過は順調ですか。 ①はい ②いいえ ()
2. 妊娠・出産・育児のことで相談できる方や協力してくれる方はいますか。
①いる [夫 ・ 母 ・ その他 ()] ②いない
3. 今回妊娠されてのお気持ちはいかがですか。
①うれしい ②とまどいがある ③不安がある ④つらい ⑤その他 ()
4. 心配なことや相談したいことはありますか。
()

※保健所・保健相談センターからご連絡させていただく場合がありますのでご了承ください。

【区使用欄】

本人確認	受付窓口	受付者	母子健康手帳 交付番号(新規届出)	連絡事項
				多胎の方には「母子健康手帳」と「新生児聴覚検査受診票」を追加交付