

母子健康手帳 交付番号		交付日	令和 年 月 日	国籍		新規
				外国語 版手帳		再交付

妊婦 氏名	ふりがな	個人番号 (マイナンバー)	生年月日	S・H 年 月 日生 (歳)	職業	
夫または 子の父 氏名	ふりがな	生年月日	S・H 年 月 日生 (歳)	職業		
住所	土浦市	電話番号	妊婦 携帯	() ※状況に応じて保健師等がお電話させていただくことがあります。 平日連絡がつきやすい時間帯はありますか? 午前 ・ 午後 ・ () 時頃		
			夫携帯	()		
			自宅	()		
			※アパート名・部屋番号もご記入ください			

出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	
-------	-------------------------	------	--

今までの妊娠・出産				
出産年月日	性別	週数	妊娠 ・ 出産 ・ 産後の状態	出生時体重
H R 年 月 日			正常 ・ 異常 ()	g
H R 年 月 日			正常 ・ 異常 ()	g
H R 年 月 日			正常 ・ 異常 ()	g
H R 年 月 日			正常 ・ 異常 ()	g
H R 年 月 日			正常 ・ 異常 ()	g

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 (胸部レントゲン)	受けた ・ 受けていない
----------------------	------------------------	-------------------------	------------------------

妊娠の診断または 保健指導を受けた 医療機関名 医師・助産師名	医療機関名	
	所在地	
	医師名・助産師名	

上記のとおり届出します。

・妊娠届出書、子育て支援質問票にご記入いただいた内容について、今後の妊娠期から子育て期にわたる支援のため、市、医療機関、その他関係機関が情報共有することに同意します。

・個人番号（マイナンバー）について、妊婦給付認定のために市が使用することに同意します。

(届出先) 土浦市長 届出者氏名 (妊婦との続柄：)

※同一世帯以外の方が届出される場合は住所・電話番号もご記入ください。

住所 電話



土浦市イメージキャラクター
つちまる

土浦市では、安心して子育てができるよう妊娠中からの支援を行っています。

「妊娠届出書」と「子育て支援質問票」に記載された個人情報、子育て支援の目的で使用いたします。

また「赤ちゃんおめでとう訪問事業」や保健師の健康相談等でお電話させていただくことがあります。

受付者	面接者