

# 出産前に届出する場合の添付書類



以下ページを確認させていただきます。

- ・ 郵送届出の場合は写しを同封してください
- ・ 電子届出の場合は画像データを添付してください

|                 |
|-----------------|
| 名古屋市中 保健センター    |
| 保護者の氏名          |
| ふりがな 子の氏名 (第 子) |
| 年 月 日交付 NO.     |

## 母子健康手帳表紙

《多胎のみ》

多胎妊娠 の場合は、  
お子様 2 人分の母子健康手帳の表紙を確認します。

- ※ 3人以上の場合でも、お子様いずれか 2人分で差し支えありません。
- ※ 単胎妊娠の場合、母子健康手帳表紙の確認はしません。

|                        |
|------------------------|
| 名古屋市中 保健センター           |
| 保護者の氏名 名古屋 太郎          |
| ふりがな 子の氏名 名古屋 花子 (第 子) |
| 令和 8 年 6 月 1 日交付 NO. 1 |

|                        |
|------------------------|
| 名古屋市中 保健センター           |
| 保護者の氏名 名古屋 太郎          |
| ふりがな 子の氏名 名古屋 花子 (第 子) |
| 令和 8 年 6 月 1 日交付 NO. 2 |

(次のページにつづく)

## 《単胎・多胎》

### 母子健康手帳 1 ページ目

「子の保護者」欄を確認します。

※ 多胎妊娠の場合はお子様いずれか 1 人分を確認します。

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。>

|   |            |    |            |     |
|---|------------|----|------------|-----|
| 子の保護者   | 続柄<br>(妊婦) | 氏名 | 生年月日(年齢)   | 職業  |
|   | 母          |    | 年 月 日生( 歳) |     |
|   | 父          |    | 年 月 日生( 歳) |     |
|   |            |    | 年 月 日生( 歳) |     |
| 居住地   |            |    | 電話         |     |
|   |            |    | 電話         |     |
|   |            |    | 電話         |     |
| 出生届出済証明   |            |    |            |     |
| 子の氏名  |            |    |            | 男・女 |
| 出生の場所   | 都道府県       |    | 市区町村       |     |
| 出生の年月日  | 年          | 月  | 日          |     |
| 上記の者については 年 月 日                                 |            |    |            |     |
| 出生の届出があったことを証明する。                               |            |    |            |     |
| 市区町村長   |            |    |            | 印   |
| ※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。 |            |    |            |     |

- 1 -

## 《単胎・多胎》

### 母子健康手帳 4 ページ目

「分娩予定日」欄を確認します。

※ 多胎妊娠の場合はお子様いずれか 1 人分を確認します。

妊娠中の記録(1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

<妊娠3か月> 妊娠8週 ~ 妊娠11週 ( 月 日 ~ 月 日)

「妊娠中の記録」部分は、マスキング(隠して)いただいで差し支えありません。

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう)。  
※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

|          |   |   |   |
|----------|---|---|---|
| 最終月経開始日  | 年 | 月 | 日 |
| この妊娠の初診日 | 年 | 月 | 日 |
| 胎動を感じた日  | 年 | 月 | 日 |
| 分娩予定日    | 年 | 月 | 日 |

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置も含みます。)があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

- 4 - (次のページにつづく)

