

数字記入例

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

人口動態調査出生票

平成 年 月 日 市区町村受付

指定統計第5号

市区町村符号及び保健所符号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

事件簿番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

平成 年 月 日 保健所受付

照会

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

(1) 子の氏名 父母との続き柄 男 女 別	氏名	嫡出子 嫡出でない子 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	男 女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(2) 生まれたとき	年 月 日 午前 午後 時 昭 平 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------------------------------	----	-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) 生まれたところ	日本 日本外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(4) 子の住所	日本 外国 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	都道府県	市、郡、東京都の区	町、村、指定都市の区	指定都市の町、字、丁目、番地、番号、アパート・マンション、様方
		届市 届市 出区 出区 地同 地外 じ村 の村		市区町村符号	保健所符号		

(5) 父母の氏名 父 母	父 母	(6) 父母の国籍	父 母
昭 平 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 月 日	昭 平 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 月 日	日本 韓国 中国 フィリピン タイ 米国 英国 フラジル ベル 其の他 不詳	日本 韓国 中国 フィリピン タイ 米国 英国 フラジル ベル 其の他 不詳

(7) 同居を始めたとき	昭 平 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 月 日	(8) 子が生まれたときの世帯の主な仕事	1 農家 2 自営 3 勤 4 勤 II 5 その他 6 無職	(9) 子が生まれたときの父母の職業	父 母	(10) 子が生まれたところ及びその種別	1 病院 2 診療所 3 助産所 4 自宅 5 その他
(11) 体重及び身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g 不詳	<input type="text"/> <input type="text"/> cm 不詳	(12) 単胎・多胎の別	1 単胎 2 多胎	(<input type="text"/> 子中第 <input type="text"/> 子)	施設の名称	

(13) 妊娠週数	満 <input type="text"/> <input type="text"/> 週 <input type="text"/> 日	双子以上の場合には他の子の事件簿番号	備考
(14) この母の出産した子の数	出生子 <input type="text"/> <input type="text"/> 人 <input type="text"/> <input type="text"/> 胎 <small>妊娠満22週以後の死産児</small>	出生票第 号 確認 欄	<input type="checkbox"/>
(15) 出生に立ち会った者	1 医師 2 助産師 3 その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	死産票第 号	