

県外妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査 受診申請書

年 月 日

つくば市長 宛て

フリガナ
申請者氏名

妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査について、県外医療機関(妊産婦健診は助産所含む)で受診を希望します。なお、受診予定医療機関からつくば市に対し当該情報を求められた場合は提供することに同意します。

※太枠の中に必要事項を御記入ください。

妊産婦情報	フリガナ氏名			生年月日	昭和・平成	
	住所	〒 つくば市			年 月 日	
	連絡先	自宅TEL ()	携帯TEL ()			
滞在先の住所・連絡先	〒 様方 TEL ()					
母子健康手帳交付日	年 月 日	出産予定日(出産日)	年 月 日	申請日現在 妊娠(産後) 週		
受診予定医療機関	名称	(法人名) (病院名)				
	所在地	〒				
	連絡先	TEL ()				
上記の医療機関以外で健診受診予定はありますか。または既に受診しましたか。(県内も含む)						はい・いいえ
これまでに使用した受診票に○	妊婦健診受診票(1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19) ※15~19は多胎 産婦健診受診票(1 2) 新生児聴覚検査 1か月児健康診査					
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> その他()		受診予定日 ※上記医療機関で最初に受診する日	年 月 日 妊娠(産後) 週頃		

- ・申請から受診日まで間がない場合やその他の事情により、**受診票が使えないことがあります。**
- ・本申請書に記入された個人情報については、母子保健に係る事業以外での使用はいたしません。
- ※受診**1か月前**までに必ず申請してください。

事務処理欄(受付者対応欄)			
受付場所	庁・桜・谷・大	医療機関との契約	償還払
宛名番号	契約諸条件 <input type="checkbox"/>	契約日 / ~ /	ご本人への連絡 /
代表者	(役職名)	(代表者名)	
事務担当	(部署名)	(担当者名)	
備考			