

妊婦一般健康診査受診票

* 太枠は本人が記入し医療機関に提示し受診してください

発券番号	年度	母子手帳番号・区分	妊婦氏名	生年月日	出産予定日
				年 月 日生	年 月 日

住所	高山市
----	-----

上記妊婦の一般健康診査を依頼します。
 年 月 日

高山市長

医療機関の長 様

健康診査の所見又は今後必要な処置 検査確認欄にレをしてください <input type="checkbox"/>	受診年月日	年 月 日 (妊娠 週)	
	血圧・体重	<input type="checkbox"/>	判定 1 異常なし 2 要観察 3 要精密検査 4 要医療 判定2~4の場合の所見 妊娠高血圧症候群・貧血・糖尿 その他
	尿検査	<input type="checkbox"/>	
	超音波検査	<input type="checkbox"/>	

委託医療機関(高山市内の医療機関) * 上記「検査確認・総合判定」欄及び「請求書」に必要事項を記入の上、1か月分まとめて翌日10日までに高山市保健センターまで提出してください。

赤枠を医療機関に記入してもらってください

妊婦一般健康診査費請求書

金 円也

上記のとおり妊婦一般健康診査に要した費用の一部を請求します。

年 月 日 医療機関の名称、住所、代表者名

(あて先)高山市長

高山市外の医療機関 * 上記「検査確認・総合判定」欄及び「領収書」に必要事項を記入の上、本人にお渡しください。
 * 健診の内容がわかる診療明細書を必ず本人にお渡しください。

妊婦一般健康診査費領収書

妊婦氏名 様

金 円也

上記のとおり、妊婦一般健康診査に要した費用を領収しました。

医療機関の名称、住所、代表者名

年 月 日