

妊婦・乳児一般健康診査申請書

（長野県外等契約外医療機関受診用）

年 月 日

大町市長 殿

申請者 住所 **大町市大町 1058-13**
 氏名 **大町きらい** 

次のとおり妊婦・乳児一般健康診査を長野県外等の契約外医療機関で受診したいので、申請します

健康診査の種類 （該当に○をして 枚数を記入）	○妊婦一般健康診査 【基本健診】： 枚 【追加検査】：初期検査 枚・血算 枚・血糖 枚 GBS 枚・超音波 枚 ○乳児一般健康診査	ご提出いただいた受診券を 確認後、記入します	
受診者氏名 生年月日	大町 きらい （ 昭和 62 年 7 月 1 日生）		
住 所 電 話	大町市大町 1058-13 （電話 0261 - 23 - 4400 ）		携帯でも可 昼間連絡がつく所で
受診予定医療機関 所 在 地 電 話	たちかわ総合病院 〒190-8666 東京都立川市泉町 1156-9 （電話 042 - 523 -		間違い防止のため、名称以 外の情報もご記入ください
理由 （該当に○）	○里帰り 滞在先住所 〒190-0023 ・仕事の都合 東京都立川市柴崎町 3-14-3 ・その他（ ） 電話 042-595 世帯主名 黒部		受診票などを送 付する場合があります。 ご実家等をご記入ください
乳児一般健康診 査のみ保護者氏名	（この欄は記入不要）		

※ 注意事項

この申請書と一緒に、お渡ししてあります長野県内等契約医療機関受診用の妊婦・乳児一般健康診査受診票を市に提出してください。