

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

氏名

印

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 G B S 枚・超音波 枚 ○乳児一般健康診査 |
| 受診者氏名 生年月日 | (年 月 日生) |
| 住 所 電 話 | (電話 - -) |
| 受診予定医療機関 所 在 地 電 話 | 〒 (電話 - -) |
| 理 由 (該当に○) | ・里帰り 滞在先住所 〒 ・仕事の都合 ・その他 () 電話 世帯主名 |
| 乳児一般健康診 査のみ保護者氏名 | |

※ 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。