

妊婦初回産科受診証明書

検査を実施した医療機関等において記載してください。

対象妊婦	住所	養父市
	氏名	
健康検査 実施年月日		年 月 日
健康診査内容	<p>★実施した項目にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 問診（生活環境、既往歴等）</p> <p><input type="checkbox"/> 体重・血圧測定</p> <p><input type="checkbox"/> 尿検査(蛋白・糖)</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査</p> <p><input type="checkbox"/> 超音波検査</p>	
診察の所見 (妊婦健診の未受 診及び家庭状況等 を含む。)	<p><input type="checkbox"/> 支援不要</p> <p><input type="checkbox"/> 支援必要（必要な場合は主たる理由も記入）</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center;">主たる理由</p> </div>	
検査に要した費用		円

検査内容等は上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

所在地.....

医療機関名.....(印)

