

様式第9号(第7条関係)

小山町妊婦健康診査契約外医療機関等受診申請書

年 月 日

小山町長 様

住 所  
申請者 氏 名 (印)  
電 話 番 号

次の理由により、契約医療機関等で妊婦健康診査を受けることができないため、契約外医療機関等における妊婦健康診査の実施を申請します。

妊婦健康診査受診票を使い公費助成で妊婦健康診査を受診した場合、医療機関が町に妊婦健診の結果を報告すること及び町が妊婦健診の結果を活用することを承認します。

理 由	1 疾病等のため、契約外医療機関等において妊婦健康診査を希望する 2 出産のため、県外に滞在する 3 その他( )	
健診の区分	・初回妊婦健康診査 ・(第 回)～(第 回)妊婦健康診査 ・超音波受診票( )～( ) ・血液検査受診票 ・血算検査受診票	
妊 婦	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	小山町
	分娩予定日(妊娠週数)	年 月 日 (妊娠 週)
医 療 機 関 等	名 称	
	所在地	
滞 在 先	居 所 (住所地以外に滞在する時)	
	電話番号	

(注) 妊婦健診の結果は、保健師等が保健指導に活用させていただくことがあります。