

妊婦一般健康診査受診券等交付申請書

◎太枠の中をご記入ください

日高市 5年保管

(フリガナ) 妊婦氏名	世帯主氏名							
	夫の氏名							
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	年齢 () 歳	職業		
出産予定日	平成	年	月	日	今までの			
妊娠週数	第	週	(第		月)	出産回数	回	
住所	日高市					国籍		
	電話番号 ()					(外国人のみ)		
県外医療機関での妊婦健診受診予定			あり・なし・未定					
診断、保健指導を受けた 病院(医院)名								
医師または助産師氏名					-----			
今回の妊娠で性病に関する健康診断を受けましたか					はい ・ いいえ			
今回の妊娠で結核に関する健康診断を受けましたか					はい ・ いいえ			
以下もお答えください								
☆ 妊娠、出産に対する不安、心配がありますか。					はい ・ いいえ			
☆ 身近に相談相手がありますか。					はい ・ いいえ			
☆ 保健師に相談したいことがありますか。					はい ・ いいえ			
上記届出いたします								
平成 年 月 日								
日高市長 (宛て)								
妊婦氏名								

★★お読みください★★ こんにちは、保健相談センターです。

- ◎妊娠経過の把握のため、保健師から連絡することがあります。
- ◎妊娠、出産、育児に関する相談を行っています。一人で悩まずご相談ください。
- ◎妊娠中、パパ・ママ教室も開催しています。
希望される方は、保健相談センターまでご連絡ください。お待ちしております。

※市役所記入欄・・交付番号を記入し、交付するものに○をつける。

交付番号	第 号	担当者		
妊娠初期 ~妊娠 4 か月(~妊娠 15 週)		妊娠中期 妊娠 5~7 か月(妊娠 16 週~27 週)	妊娠後期 妊娠 8 か月~ (妊娠 28 週~)	
HIV エイズ検査	(3)	助成券(5,000)	(7)	助成券(5,000) (12) 助成券(8,000)
頸がん 子宮頸がん	(4)	助成券(5,000)	(8)	助成券(8,000) (13) 助成券(5,000)
(1) 受診票初期(桃)	(5)	助成券(5,000)	(9)	助成券(5,000) (14) 助成券(5,000)
(2) 助成券(5,000)	(6)	助成券(8,000)	(10)	助成券(8,000) HTLV-I ヒト白血病ウイルス 1 型
			(11)	助成券(5,000) クラミジア 性器クラミジア検査