

妊婦精密健康診査受診票 (道外医療機関等)

妊婦氏名				年 月 日 生 (歳)
居住地	北海道枝幸郡中頓別町字 電話			
妊娠届出日	年 月 日	分娩予定日	年 月 日 頃	
上記妊婦の妊婦精密健康診査を依頼します。 年 月 日 中頓別町長 各医療機関・助産所 様 (098-5551) 北海道枝幸郡中頓別町字中頓別175 中頓別町介護福祉センター TEL 01634-6-1995				

健康診査の結果

健康診査年月日	年 月 日 (妊娠週数 週 日)
診査結果	1 異常なし 2 要経過観察 (病名・疑い) 3 要治療 (病名)
医療機関の名称及び担当医師名	印

妊婦精密健康診査費用助成申請書

中頓別町長 様		年 月 日
上記のとおり妊婦精密健康診査に要した費用の助成を下記のとおり申請します。		
金	円	住所
		申請者
		氏名
		印
助成金の振込先	(フリガナ)	
	口座名義	
	金融機関名	() 金庫・農協・銀行 本店・() 支店
	口座種別	普通 ・ 当座 口座番号

(注)

【妊婦の皆さんへ】

- 妊婦精密健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で受診できる妊婦精密健康診査項目
①心電図検査、②肝機能検査 (GPT検査、GOT検査)、③腎機能検査、④糖負荷試験
⑤血液理化学検査 (貧血)、⑥血球計算、⑦尿化学検査、⑧眼底検査
- この受診票は本人以外使用できません。
- この受診票で受診した妊婦精密健康診査の費用 (本人負担額分) は、中頓別町が助成します。受診後、中頓別町介護福祉センターに領収書を添えて助成の申請をしてください。

【医療機関の方へ】

この妊婦精密健康診査受診票で受診される方の受診費用 (医療保険等給付による保険者負担額を控除した本人負担額分) は、本人に請求し、健康診査の結果を記入の上、本人にお渡し願います。