

**記入例**

津山市長 あて ※            の範囲を記入してください。 令和 2 年 00 月 △△ 日

※郵送での申請を希望される場合は、交換する受診票を同封してください。

次のとおり妊婦・乳児一般健康診査・産婦健康診査について、委託契約外医療機関で受診を希望するため、該当する妊婦・乳児一般健康診査・産婦健康診査受診票を返却し、県外医療機関用受診票の交付を申請します。

申請者	(氏名) 津山 花子 (生年月日) ××年 △△月 ○○日	住所	津山市山北520 電話: (     )     -	
受診者 (妊婦) ※1)	・申請者との続柄: 本人・その他 (     )	住所	申請者に同じ 省略可	
	(氏名) 妊婦本人が申請者の場合省略可 (生年月日)     年     月     日 (出産予定日)     年     月     日	滞在先	〇〇県△△市 (     ) 様方 電話: (     )     -	
受診者 (乳児) ※1, 2)	・申請者との続柄: 子・その他 (     )	住所	申請者に同じ 省略可	
	(氏名) 津山 太郎 ・未出生 (生年月日又は 出産予定日)     年     月     日	滞在先	受診者(妊婦)に同じ 省略可 (     ) 様方 電話: (     )     -	
交換する受診票  市が記入	健診種別		交換枚数	備考
	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 (1回目) 妊娠8週間後		枚	申請を受け付けた後に、交換する受診票の種別や枚数を電話で確認させていただきます。
	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 (2回目以降)		枚	
	<input type="checkbox"/> 超音波券		枚	
	<input type="checkbox"/> 血液検査券		枚	
	<input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査		枚	
	<input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査		枚	
	<input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌 (GBS) 検査		枚	
<input type="checkbox"/> 産婦健康診査		枚		
受診予定医療機関 ※3)	(所在地) 〇〇県〇〇市〇〇 (名称) 〇〇産婦人科病院 (電話) ( 〇〇〇 ) 〇〇〇-〇〇〇〇 ・受診医療機関未定	申請理由	<input type="checkbox"/> 県帰り出産のため <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">   </div>	

- ※1) 妊産婦本人が申請者である場合は、受診者氏名欄申請者との続柄の本人に○をし、住所欄の「申請者に同じ」に○をし、受診者氏名・住所の記入を省略してよい。  
また、受診児と申請者の住所が同じ場合、受診者(乳児)住所欄の「申請者に同じ」に○をし、住所の記入を省略してよい。
- ※2) 出生していない児の健診についても希望する場合は、「未出生」に○をし、出産予定日を記入すること。
- ※3) 受診予定医療機関が未定の場合は「受診医療機関未定」に○をすること。

受理年月日	妊1	妊2	妊3	妊4	妊5	妊6	妊7	妊8	妊9	妊10	妊11	妊12	妊13	妊14	交付年月日
															令和     年 月     日
	クラミジア	GBS	超1	超4	超8	超12	血6	血12	乳1	乳2	産婦①	産婦②	交付番号		受付職員名
													第     号		