

新宮町長 様

新宮町
産後1回目

年 月 日

新宮町産婦健康診査受診票

(注) 健診日当日に新宮町に住民票がない場合、この受診票は使用できません。

太枠内空欄部分は、ご本人で記入してください。

ふりがな 氏名 (産婦)			
生年月日	年	月	日 (歳)
住所	新宮町 (電話 - -)		
出産日	年	月	日 (産後 日)

< 健診結果 >

※以下医療機関記載欄

健康診査実施日	年 月 日		
診察	☐ 異常なし ☐ 異常あり ()	尿検査	蛋白 (- ± + 2+) 糖 (- ± + 2+)
血压	/ mmHg	E P D S	点
体重	. Kg	赤ちゃんへの質問票	点
健康診査の結果	☐ 異常なし ☐ 要経過観察 () ☐ 要精密 () ☐ 要医療 () ☐ 治療管理中 ()	検査費用	円 (上限4, 000円)
特記事項			
実施医療機関	所在地 名 称		

新宮町長

新宮町
産後2回目

年 月 日

新宮町産婦健康診査受診票

(注) 健診日当日に新宮町に住民票がない場合、この受診票は使用できません。
太枠内空欄部分は、ご本人で記入してください。

ふりがな 氏名 (産婦)			
生年月日	年	月	日 (歳)
住所	新宮町 (電話 - -)		
出産日	年	月	日 (産後 日)

< 健診結果 > ※以下医療機関記載欄

健康診査実施日	年 月 日		
診察	☐ 異常なし ☐ 異常あり ()	尿検査	蛋白 (- ± + 2+) 糖 (- ± + 2+)
血压	/ mmHg	E P D S	点
体重	. Kg	赤ちゃんへの質問票	点
健康診査の結果	☐ 異常なし ☐ 要経過観察 () ☐ 要精密 () ☐ 要医療 () ☐ 治療管理中 ()	検査費用	円 (上限4, 0 0 0円)
特記事項			
実施医療機関	所在地 名 称		

