

新宮町長

年 月 日

新宮町 1 か月児健康診査受診券

（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。

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| <small>ふりがな</small><br>氏名<br>(乳児)  |                      |
| 生年月日                               | 年 月 日 ( 歳)           |
| 住所                                 | 新宮町<br><br>(電話 — — ) |
| <small>ふりがな</small><br>氏名<br>(保護者) | (続柄 )                |

< 健診結果 >

※以下医療機関記載欄

|         |                                                                                                                                                                                   |      |                              |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------|
| 健康診査実施日 | 年 月 日                                                                                                                                                                             |      |                              |
| 健康診査の結果 | <input type="checkbox"/> 異常なし<br><input type="checkbox"/> 要経過観察 ( )<br><input type="checkbox"/> 要精密 ( )<br><input type="checkbox"/> 要医療 ( )<br><input type="checkbox"/> 治療管理中 ( ) | 検査費用 | <div>円</div> (上限 4, 0 0 0 円) |
| 特記事項    |                                                                                                                                                                                   |      |                              |
| 実施医療機関  | 所在地<br><br>名 称                                                                                                                                                                    |      |                              |