

(別 紙)

紫波町役場 健康福祉課 健康係 宛

岩手県外医療機関において妊婦一般健康診査・産婦健康診査の受診を希望しますので、下記のとおり報告します。

妊婦一般健康診査・産婦健康診査を受診する妊婦	氏 名	(生年月日 S・H 年 月 日)	
	住 所	紫波町	
	電話番号 携帯番号		
	里帰り先	住 所	〒
		電話番号	
	出産予定日	令和 年 月 日	
	県外滞在期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日頃	
初回受診予定日	令和 年 月 日		
受診医療機関	医療機関名		
	住 所	〒	
	電 話 番 号		
	契約可能の有無	<input type="checkbox"/> 契約可能 <input type="checkbox"/> 契約できないため、償還払いの手続き	
赤ちゃんの乳児健診	<input type="checkbox"/> 里帰り先の小児科で赤ちゃんの1-2ヵ月児健診を希望する。 (注意：県外で健診した際、紫波町から発行される1-2ヵ月児健康診査無料券は使用できません。) <input type="checkbox"/> 紫波町に戻ってから健診予定。		

報告日 令和 年 月 日

下記は、未記入で願います。

契約内容	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚 <input type="checkbox"/> 乳児
------	--

❁ **里帰り先の医療機関が決定しましたら、この用紙にご記入いただき、必ず郵送または直接提出していただくようお願いいたします。**