

(別紙)

紫波町役場 健康福祉課 健康推進室 宛

岩手県外医療機関において妊婦一般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	平成 年 月 日	
	県外滞在期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日頃	
初回受診予定日	平成 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 平成 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"/> 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。**