

ひたちなか市長 様

県外妊婦一般健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・乳児一般健康診査受診申請書

妊婦一般健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・乳児一般健康診査について、県外医療機関・助産所で受診を希望します。

なお、受診予定医療機関からひたちなか市に対し、当該情報を求められた場合は提供することに同意します。

申請から受診日まで間がない場合やその他の事情により受診票が使えないことがあります。

本申請書に記入された個人情報については、母子保健に係る事業以外での使用はいたしません。

※太枠の中に必要事項をご記入ください。

宛名番号：

ふりがな 妊産婦氏名	生年月日	昭和	平成	年	月	日
申請者	妊産婦との続柄 ()					
住所 連絡先	〒 ひたちなか市					
	携帯電話 ()			自宅電話 ()		
帰省先の 住所・連絡先	〒 様方 電話 ()					
母子健康手帳交付日	年 月 日	出産予定日 (出産日)	年 月 日	現在妊娠	週	
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産のため <input type="checkbox"/> その他 ()	初回受診予定日	年 月 日	妊娠 (産後)	週頃	
受診予定医療機関 (母)	名称	(法人名) (病院名)				
	所在地	〒				
	連絡先	電話 ()				
受診予定医療機関 (子)	名称	(法人名) (病院名)				
	所在地	〒				
	連絡先	電話 ()				

窓口受付者：

事務処理欄（受付者対応欄）

妊婦	産婦	聴覚	乳児
契約 / 償還	契約 / 償還	契約 / 償還	契約 / 償還
事務担当			
契約期間	/ ~ /		
本人への連絡	/		