妊産婦健康診査受診及び新生児聴覚検査・１か月児健康診査受検申出書

（長野県外医療機関及び助産所用）

年　　月　　日

中野市長　あて

申出者　住　　所

氏　　名

受診者との続柄　（　　　　）

電話番号　　　　－　　　－

里帰り・その他（　　　　　　　　　　　）により、妊産婦健康診査及び新生児聴覚検査・１か月児健康診査を長野県外の（医療機関・助産所）で受診(検)したいので、申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 中野市 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　月　　日 |

【県外の居住先】

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒  （　　　　　　　様方） |

※注意事項

この申出書と一緒に、既にお渡ししてあります長野県内受診用の妊産婦健康診査受診票及び新生児聴覚検査受検票、１か月児健康診査受診票を提出してください。

|  |
| --- |
| (事務処理欄) |

県外受診票への交換内容

|  |  |
| --- | --- |
| 基本健診 | ①・②・③・④・⑤・⑥・⑦・⑧・⑨・⑩・⑪・⑫・⑬・⑭ |
| 追加検査 | ① ・ ②(30週) ・ ③ ・ ②(37週) ・ ④ |
| 超音波検査 | ① ・ ② ・ ③ ・ ④ |
| 産婦健診 | ① ・ ② |
| 新生児聴覚検査 | （　　）枚 |
| １か月児健診 | （　　）枚 |