

# 妊産婦一般健康診査受診票および新生児聴覚検査受検票等交付申請書

妊婦氏名	(ふりがな)	生年	昭和・平成 年 月 日			年齢	歳	
		月日				職業	(勤務先)	
住 所	石川町大字 字							
電 話	自宅 ( ) ー 携帯電話 ( ) ー							
夫の氏名 (児の父)	(ふりがな)	生年	昭和・平成 年 月 日			年齢	歳	
		月日				職業	(勤務先)	
世帯主氏名		続柄		父子健康手帳 交付希望	無 ・ 有			
分娩予定年月日	平成 年 月 日			妊娠週数	満 週 ( 月 )			
健康保険の種別	国保 ・ 社保 ・ その他 ( )			分娩回数	初産 ・ 経産 ( 回 )			
分娩予定医療機関	所 在 地		福島県 ( 市町村 ) ・ 県外 ( )					
	医療機関(助産所)名							
母子健康手帳交付	交付市町村		交付年月日	平成 年 月 日				
交付申請理由	1. 転入 (前住地: ) 2. 紛失 3. その他 ( )							
妊産婦健康診査 および新生児聴覚 検査の受診状況	受診票番号	状況	受診票番号	状況	受診票番号	状況	受診票番号	状況
	①		⑥		⑪		産後⑰	
	②		⑦		⑫		新生児聴覚検査	
	③		⑧		⑬		初回	
※受診済に○を つけてください。	④		⑨		⑭		確認	
	⑤		⑩		⑮		再確認	
上記のとおり妊産婦一般健康診査受診票および新生児聴覚検査受検票の交付を申請いたします。								
平成 年 月 日			届出人氏名 _____ 印					
石川町長 様			続柄(妊婦との続柄) _____					

※交付者記入欄

来所者	□妊婦本人(同席者: ) □代理人(妊婦との続柄: )																
妊婦健診	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	産後⑰	を交付
聴覚検査	初回 確認 再確認 を交付																
交付番号	第 号				交付者名												