

～ 岩手県外の医療機関で妊産婦健診をする場合は事前に報告をしましょう ～

岩手県外妊産婦健診受診予定報告書

【窓口提出、郵送のほか、FAXでも受け付けますが送信番号はお間違えの無いようご注意ください】

FAX 番号 019-684-2245

年 月 日

滝沢市健康こども部こども家庭センター 宛

岩手県外医療機関において妊産婦一般健康診査の受診を予定していますので、下記のとおり報告します。

①受診票使用確認欄（里帰り先の医療機関に受診日を伝え、確認後に記入すること）

県外医療機関 確認欄	滝沢市発行の受診票が 使える ・ 使えない (該当するほうに○印)
---------------	---

②受診者

フリガナ 氏名		生年月日	(S・H) 年 月 日生 (歳)
住所	(滝沢市)	〒	
	(滞在先)	〒	
電話	(滝沢市)		
	(滞在先)		
出産予定日	年 月 日		
県外滞在予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
県外受診予定日	年 月 日 ～ 年 月 日		

③受診医療機関

医療機関名	
住所	〒
電話番号	

以下は記入不要です。

こども家庭 センター 確認欄	医療機関確認 ／ ・ 不要	契約の可否 可 ・ 否	確認結果連絡 ／ ・ 不要	助成金様式 手渡・郵送 (/) ・ 不要
----------------------	------------------	----------------	------------------	---------------------------