

# 妊婦・乳児健康診査券交付申請書

平成 年 月 日

東 広 島 市 長 様

次の理由により交付を申請します。

(該当するものの番号を○で囲んでください)

1 東広島市外からの転入
2 受診券等の破損・紛失
3 その他 ( )

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
申請者氏名	Ⓜ		
ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
受診者氏名 ※申請者と異なる場合のみ			
住 所	東広島市		
電 話 番 号	( ) - ( 本人・その他 ( ) )		
転入前住所	(都・道・府・県) (市・町) より転入		
転入前受診券	有 (添付してください) ・ 無 (理由 )		

(交付申請するものの番号を○で囲んでください)

1 妊婦一般健康診査検査券	4 クラミジア検査受診票	6 新生児聴覚検査受検票
2 妊婦一般健康診査補助券	5 妊婦歯科健康診査受診票	7 乳児一般健康診査受診票
3 子宮頸がん検診受診票		

※妊婦の方のみご記入ください

分 娩 予 定 日	年 月 日
出 産 予 定 病 院	(広島県内・広島県外)
既 往 歴 (今までにかかった病気)	妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症) なし・あり 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 結核 ・ 腎疾患 貧血 ・ 脳神経系疾患 ・ がん ・ 精神科疾患 その他 ( )
現在妊娠以外での通院の有無	なし・あり 疾患名 ( )

交 付 数	妊婦一般健康診査検査券	枚	クラミジア検査受診票	枚	新生児聴覚検査受検票	枚
	妊婦一般健康診査補助券	枚	妊婦歯科健康診査受診票	枚	乳児一般健康診査受診票	枚
	子宮頸がん検診受診票	枚				