

乳児一般健康診査受診等証明書

乳児氏名		生年月日	年	月	日
保護者氏名		乳児との続柄			
保護者現住所	〒 TEL				

助成対象健診(検査)項目 (実施項目にレ点をご記入ください。)		受診日	健診(検査)結果	助成対象健診にかかる費用(保険外のみ)
乳児健康診査	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液検査	月 日	異常なし 要精密() 病名もしくは症状() 治療要・否	円
	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液検査	月 日	異常なし 要精密() 病名もしくは症状() 治療要・否	円

上記のとおり乳児一般健康診査を実施したことを証明します。

年 月 日
(実施医療機関等)

所在地
名称

担当医師または助産師名

印