

妊産婦一般健康診査受診等証明書

妊婦氏名	生年月日	年	月	日
------	------	---	---	---

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)
1回目妊婦健康診査	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導 <input type="checkbox"/> 血液検査(ABO血液型、Rh血液型、不規則抗体)	月 日	異常なし 経過観察( ) 要精密( ) 要治療( )	円
	<input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体価検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体価検査			
	<input type="checkbox"/> 末梢血液一般検査 <input type="checkbox"/> B型肝炎抗原検査 <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体価検査			
	<input type="checkbox"/> グルコース検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体価検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(細胞診)			
2回目以降妊婦健康診査	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 保健指導	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
超音波検査		月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
超音波検査		月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
超音波検査		月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
超音波検査		月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
血液検査①	<input type="checkbox"/> 末梢血液一般検査 <input type="checkbox"/> グルコース検査	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
血液検査②	末梢血液一般検査	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
クラミジア抗原検査		月 日	異常なし 要治療( )	円
GBS検査		月 日	異常なし 要治療( )	円
産婦健康診査①	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 体重・血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査(蛋白・糖) <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票( )点	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円
産婦健康診査②	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 体重・血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査(蛋白・糖) <input type="checkbox"/> エジンバラ産後うつ病質問票( )点	月 日	異常なし 経過観察 要精密 要治療 →(病名等: )	円

上記のとおり妊産婦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  
担当医師又は助産師名

