

様式第3号（第6条関係）

産婦健康診査の結果及び健診料金に関する調査書

以下の理由により健診実施医療機関への確認を市に依頼いたします。

年 月 日

産 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	土浦市
実施医療機関名 及び電話番号	電話番号
理 由	1 領収書を紛失したため 2 領収書の内容が一部不備のため 3 産婦健康診査の結果が確認できないため

（担当課記載欄）

産婦健康診査の実施日及び料金

項目 回数	健診日	料金
第1回	年 月 日	円
第2回	年 月 日	円

産婦健康診査の結果

項目 回数	子宮復 古	悪露	乳房の 状態	体重	血圧	尿たん ぱく	尿糖	EPDS
第1回	良・否	正・異	良・否	kg	/	-+＃	-+＃	点
第2回	良・否	正・異	良・否	kg	/	-+＃	-+＃	点

確認した日	年 月 日
確認した医療機関の名称 及び担当者の氏名	
確認した職員の印	