

様式第 3 号（第 7 条関係）

1 か月児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

乳 児 氏 名	
生 年 月 日	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 1 か月児健康診査の結果が確認できないため

（担当課記載欄）

1 か月児健康診査の実施日及び料金

健 診 日	年 月 日	料 金	円
-------	-------	-----	---

1 か月児健康診査の結果

発 育 状 況	身長 c m	体重 g	頭囲 c m
栄 養	良・要指導	母乳・人工乳・混合	
診 察 所 見	無・有（ ）		
新生児聴覚検査	正常・精査中（右・左）・未		
先天性代謝異常等 検査結果の説明	済・未（ ）		
ビタミン K2 の投与	できている・できていない		

確 認 し た 日	年 月 日
確認した医療機関名称 及び担当者の氏名	
確認した職員	