年　　月　　日

妊婦一般健康診査　県外の医療機関及び助産所での実施について（申出書）

○長野県外の医療機関及び助産所を受診される方は、この用紙の必要事項を記入し、保健センターに提出してください。保健センターにこの用紙を提出する時期は④について、はっきりと決まってからお願いします。

①

妊婦について	現住所	〒（　　－　　） 諏訪市			
	お名前	フリガナ（姓）		（名）	
	生年月日	昭和 平成	年　　月　　日生		
	電話番号	自宅	－　　－	携帯	－　　－
	現在受診中の医療機関名（　　）				
	出産予定日	年　　月　　日			

②

妊婦里帰り先	住所	〒（　　－　　） （　　様方）	
	電話番号	－　　－	

③

県外医療機関	名称	（フリガナ）	
	所在地	〒（　　－　　）	
	電話番号	－　　－	

④

県外医療機関希望受診健診（該当する健診に○を付けてください）
８・１２・１６・２０・２４・２６・２８・３０・３２・３４・３６・３７・３８・３９
追加検査①　・　追加検査②－１　・　追加検査②－２　・　追加検査③　・　追加検査④
超音波検査①　・　超音波検査②　・　超音波検査③　・　超音波検査④

出産後、何月ごろ諏訪へ戻る予定ですか？　　年　　月　　日頃

＜お問い合わせ先＞
諏訪市保健センター（健康推進課健康支援係）
Tel：０２６６－５２－４１４１　内線：５９２

受付：