

健康診査依頼書

医療機関・助産所の長 様

豊後大野市長



豊後大野市妊産婦乳児健康診査費助成事業実施要綱に基づき、下記の健康診査を依頼します。

記

妊産婦氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	豊後大野市		
依 頼 す る 健 康 診 査	妊婦一般健康診査 (第1回～第7回、 第9回～第14回)	1	問診及び診察 血圧・体重測定 尿化学検査(蛋白・糖)
		2	
		3	
		4	
		5	
		6	
		7	
		9	
		10	
		11	
		12	
		13	
		14	
	妊婦一般健康診査 (第8回)		問診及び診察 血圧・体重測定 尿化学検査(蛋白・糖) 血色素検査
	妊婦一般健康診査 血液検査(第2回)	A	①血液型検査②血糖検査 ③血色素検査④風疹ウイルス抗体価検査⑤不規則抗体検査 ⑥HCV抗体検査⑦HTLV-1抗体検査 ⑧HIV1.2抗体検査⑨HBs抗原検査 ⑩梅毒血清反応検査⑪クラミジア抗原検査
	妊婦一般健康診査 子宮頸がん検診(第2回)	B	子宮頸がん検診
	妊婦一般健康診査 B群溶血性レンサ球菌検査(第10回)	C	B群溶血性レンサ球菌検査
	産婦健康診査	産後2週間 産後1か月	問診及び診察 血圧・体重測定 尿化学検査(蛋白・糖) 精神状態のアセスメント
乳児氏名		生年月日	年 月 日 (か月)
住 所	豊後大野市		
依 頼 す る 健 康 診 査	新生児聴覚検査		
	乳児一般健康診査 (3～6か月)		問診及び診察
	乳児一般健康診査 (9～11か月)		問診及び診察

※健康診査に要した費用は、受診者又は受診者の保護者から徴収してください。
 ※健康診査の所見を記入した受診票を受診者に渡してください。
 ※領収書を発行してください。