

大阪市妊婦・産婦健康診査費実施証明書

年 月 日

(あて先)大阪市長

(実施医療機関等)

住 所

名 称

代表者名

電話番号

次の者について、下記のとおり妊婦健康診査・産婦健康診査を実施したことを証明します。

1 申請者(申請者記入)

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
申請者氏名			平成			
住 所 ※	〒 ー 大阪市 区 (電話番号)					

※ 受診日時点の住所をご記載ください

2 妊婦健康診査・産婦健康診査の受診年月日、検査内容及び領収金額(医療機関等記入)

裏面のとおり

大阪市妊婦健康診査内容

受診年月日	健康診査内容	領収金額 (保険診療分を除く)	受診年月日	健康診査内容	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円	年 月 日	<input type="checkbox"/> 血圧・体重測定・保健指導 <input type="checkbox"/> 尿化学検査 <input type="checkbox"/> 血液型(ABO/Rh) <input type="checkbox"/> 血算(貧血) <input type="checkbox"/> HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> B群溶血性レンサ球菌検査 <input type="checkbox"/> 梅毒血清反応検査 <input type="checkbox"/> 血液型(不規則抗体) <input type="checkbox"/> C型肝炎抗体検査 <input type="checkbox"/> 風疹ウイルス抗体検査 <input type="checkbox"/> トキソプラズマ検査 <input type="checkbox"/> HIV抗体検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> その他()	円

大阪市産婦健康診査内容

年 月 日 (産後 日)	母体の状態(体重、血圧、子宮復古状況、悪露等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 授乳状況(乳房の状態等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 尿検査結果 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 心の健康チェック <input type="checkbox"/> 質問項目10が1点以上 <input type="checkbox"/> 点	円	年 月 日 (産後 日)	母体の状態(体重、血圧、子宮復古状況、悪露等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 授乳状況(乳房の状態等) <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 尿検査結果 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要経過観察 心の健康チェック <input type="checkbox"/> 質問項目10が1点以上 <input type="checkbox"/> 点	円
-----------------	---	---	-----------------	---	---

(備考)

※受診年月日、領収金額を記入のうえ、検査した項目にチェックください。

※本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。