

## 大崎市県外等妊婦健康診査相談票

妊 婦	ふりがな		生年月日	昭和・平成		
	氏名			年	月	日 ( 歳)
	住所	〒 大崎市				
	電話番号					
	出産予定日	平成	年	月	日	母子健康手帳別冊 交付番号
	滞在先住所	〒				
受診する または市外 助産所 医療機関	医療機関 または 助産所名					
	住所	〒				
	電話番号		受診開始時期	令和	年 月 日 頃から	
受 付 者 確 認	県外医療機関・市外助産所等で受ける理由 <input type="checkbox"/> 里帰り <input type="checkbox"/> その他（理由を記載）					
本 庁 確 認	<input type="checkbox"/> 台帳入力済 <div style="text-align: right;">受付者（                      ）</div> <div style="text-align: right;">担当者（                      ）</div>					

◎この相談票は、母子保健法に基づき行なわれる、母子保健の向上を図るために必要な保健指導や健康診査を、県外医療機関・市外助産所においても受けられるようにするためのものです。