

初回産科受診結果報告書

勝山市長 様

※医療機関において記入してください。

受診者	住 所	勝山市
	氏 名	
受診日	年 月 日	
診察内容	<input type="checkbox"/> 問診 <input type="checkbox"/> 測定（体重、血圧等） <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
妊娠判定	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性（妊娠週数： 、出産予定日： 年 月 日）	
診察所見		
支援の必要性	<input type="checkbox"/> 要支援 理由 [] <input type="checkbox"/> 支援不要	
受診に要した費用	円 ※本報告書の作成にかかった費用も対象となります。	

受診結果は上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

医療機関 住 所
名 称
診察担当医

（自署又は記名・押印）