

初回産科受診結果報告書

南大隅町長 様

※医療機関において記入してください。

受診者	住 所	南大隅町
	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(妊娠反応) <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: 週、出産予定日: 年 月 日)	
診察所見		
支援の必要性 <small>※要支援の場合は速やかに連絡ください。</small>	<input type="checkbox"/> 要支援 ⇒ <input type="checkbox"/> 連絡済 理由 [] <input type="checkbox"/> 支援不要	
受診に要した費用	円 <small>※本報告書の作成にかかった費用も対象となります。</small>	

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)