

妊婦一般健康診査内容証明書

(フリガナ)		
受診者		
住所	〒	
<p style="text-align: center;">上記の者について、以下の内容で妊婦一般健康診査を行ったことを証明します。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">健診実施医療機関 住 所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医療機関名 ⑩</p> <p style="font-size: small; margin-top: 20px;">※ 医療機関様は、実施した妊婦健診の内容について以下の欄をご記入ください</p>		
実施年月日	実施回数	妊娠週数
年 月 日	第 回目	妊娠 週目
◇実施した健診（検査）内容に○印をしてください		
	健診(検査)区分	内 容
	基本健診	健康状態の把握、定期検査、保健指導
	追加検査①	妊娠初期検査 ・血液検査：血液型(ABO 血液型、Rh 血液型、不規則抗体)、血算、血糖、B 型肝炎抗原検査、C 型肝炎抗体検査、HIV 抗体価検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体価検査、HTLV-1 抗体価検査 子宮頸がん検診(細胞診)、クラミジア
	追加検査②	・血液検査：血算
	追加検査③	・血液検査：血糖
	追加検査④	・血液検査：GBS
	追加検査⑤	・血液検査：血算
	超音波検査	・超音波検査
◇検査料（妊婦自己負担額）		円