

Application For Additional Issuance Or Reissuance Of General Prenatal Health Checkup Vouchers

Year Month Day

I hereby apply for additional issuance or reissuance of general prenatal health checkup vouchers.

※Please fill out the fields in the immediate box below only.

Name Of A Pregnant Woman Or A Baby	Name	Date Of Birth / /		
	Address	Telephone		
Applicant	Name	Relationship		
	Address	Telephone		
Reason Of Reissuance	1 Move in (Move-in Day) 3 Damaged the vouchers		2 Lost the vouchers 4 Other ()	
Projected Date Of Delivery (In Case Of Pregnancy)	/Year	/Month	/Day	Weeks Of Pregnancy At The Time Of Moving-In () weeks
Multiple birth	Yes · No		Delivery Experience	Number of child ()
Do you have any consultants and cooperators during pregnancy and after delivery?	· No · Yes → Husband(partner) , Natural Parents , Parents-in-law , Siblings , Friends , Others ()			
Are you in any troubles, distress, or anxiety?	· No · Yes → ①About pregnancy and delivery ②About economic things ③Health(Yourself · Family) ④Relationship about husband and wife(partner) ⑤Relationship about family ⑥About childcare ⑦Others ()			

◎There is a possibility that a public health nurse may call you about the content written down on the Registration Statement. Also, there is a possibility that we share this information with departments or others related to City of Okayama. Thank you for your understanding.

受付・交付日	年	月	日	受付場所
岡山市受付印	交付したものに チェック			<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査依頼票 <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常等検査依頼票 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査(第1回)依頼票 <input type="checkbox"/> 3～5か月児健康診査依頼票 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査(第2回)依頼票
				保健所使用欄 (保健所以外は記入不要) 3～5か月児健診受診有・無 受診日 他市・医療機関・その他 健康・要観察

岡山市受付印	■妊婦一般健康診査依頼票	第1回 第2回 第3回 第4回 第5回 第6回 第7回 第8回 第9回 第10回 第11回 第12回 第13回 第14回					
	■超音波検査依頼票	■血液検査依頼票	■クラミジア抗原検査依頼票	■GBS検査依頼票	■歯科健診受診票		
	第1回 第2回 第3回 第4回	第1回 第2回			妊婦用 パートナー用		

※窓口交付したものに○をつける。

【区役所・地域センター・サービスセンター・サービスコーナーの方へ】

- ・妊婦さんの転入の場合、上述を記載していただいた後、転入前の受診票を回収し、岡山市の受診票(乳児健診含む)を交付せず速やかに保健所健康づくり課へ送付してください。(すぐに受診される場合は、保健所・保健センターをご案内ください。)
- ・5か月児以降の転入乳児で、7・8か月児健診の受診希望者は、保健所・保健センターをご案内ください。

【 保健所処理欄 】

担当保健師・助産師名 :
