

「受診票つづり」追加(再)交付申請書

受診票つづりの追加(再)交付を申請します。

※太枠の中を記入してください。

交付対象者	フリガナ 氏名	年 月 日生	
	住所	TEL:	
申請者	氏名	対象者との続柄:	
	住所	TEL:	
再交付の理由	1. 転入(転入日) 2. 紛失 3. 汚損 4. その他()		
出産予定日 (妊娠中の場合)	年 月 日 予定	転入時の妊娠週数	第()週
多胎の有無	無 ・ 有()	出産経験	()人目
妊娠中や出産後に相談したり、協力してくれる人はいますか。	・いない ・いる→夫(パートナー)、実父母、義(パートナー)父母、きょうだい、友人、その他()		
困っていること、悩んでいること、不安なことはありますか。	・ない ・ある→ ①妊娠、出産について ②経済的なこと ③健康状態(本人・家族) ④夫婦(パートナー)関係のこと ⑤家族関係のこと ⑥育児のこと ⑦その他()		

◎ 申請書に記載の内容について、保健師等から電話をさせていただく場合があります。また、市役所内関係課等と情報を共有することがありますのでご了承ください。

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"/> 産婦健康診査依頼票 (1回目) <input type="checkbox"/> 産婦健康診査依頼票 (2回目) <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)
受付者: ※窓口交付したものに☑をつける			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

※受付記入 申請者へ連絡がつく時間帯 曜日 時ごろ

【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】

・5か月児以降の転入乳児で、7・8か月児健診の対象者は、保健所・保健センターをご案内ください。

岡山市受付印	<input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> 超音波検査依頼票	<input type="checkbox"/> 血液検査依頼票	<input type="checkbox"/> クラミジア抗原検査依頼票	<input type="checkbox"/> GBS検査依頼票	<input type="checkbox"/> 歯科健診受診票
受付者: ※窓口交付したものに☑をつける	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

【 保健所処理欄 】

担当保健師・助産師名 :
