

川崎市産婦健康診査受診証明書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

(健診実施機関の名称等)

所在地

施設名

電話番号

担当者名

印

記名押印又は署名

次の産婦健康診査費用助成申請者が、産婦健康診査を受診し費用を支払ったことを証明します。

1 申請者 (申請者記入)

フリガナ		生年月日	年 月 日
申請者氏名			
申請者の現住所 ・電話番号	☎ ( )		

2 産婦健康診査受診証明欄

(1) 支払状況

※領収書を紛失した場合は、(1) 支払状況のみ証明を受けてください。

健診の種類	実施年月日	領収日	受診費用 (自己負担額)
<input type="checkbox"/> 1: 産後2週間健診	年 月 日	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 2: 産後1か月健診			

(2) 産婦健康診査の記録

健診の種類	<input type="checkbox"/> 1: 産後2週間健診 <input type="checkbox"/> 2: 産後1か月健診
出産日	年 月 日
実施年月日	年 月 日    産後の日数 日
血圧・体重	<input type="checkbox"/> 1: 実施 / mmg kg <input type="checkbox"/> 2: 未実施
子宮復古状況	<input type="checkbox"/> 1: 良 <input type="checkbox"/> 2: 否 <input type="checkbox"/> 3: 未実施
悪露	<input type="checkbox"/> 1: 良 <input type="checkbox"/> 2: 否 <input type="checkbox"/> 3: 未実施
尿検査たん白	<input type="checkbox"/> 1: - <input type="checkbox"/> 2: ± <input type="checkbox"/> 3: + <input type="checkbox"/> 4: ++ <input type="checkbox"/> 5: 未実施
尿検査糖	<input type="checkbox"/> 1: - <input type="checkbox"/> 2: ± <input type="checkbox"/> 3: + <input type="checkbox"/> 4: ++ <input type="checkbox"/> 5: 未実施
その他	<input type="checkbox"/> 1: あり ( ) <input type="checkbox"/> 2: なし
お母さんの 気持ち質問票 (EPDS)	<input type="checkbox"/> 1: 実施 ( 点)    項目10 ( 点) <input type="checkbox"/> 2: 未実施 【 <input type="checkbox"/> 1: 治療中・ <input type="checkbox"/> 2: 外国人・ <input type="checkbox"/> 3: その他 ( )】
総合判定	<input type="checkbox"/> 1: 異常を認めず <input type="checkbox"/> 2: 助言指導 <input type="checkbox"/> 3: 要観察 <input type="checkbox"/> 4: 要精密検査 _____ 病院 _____ 科 <input type="checkbox"/> 5: 要医療 _____ 病院 _____ 科 <input type="checkbox"/> 6: 治療中 _____ 病院 _____ 科 <input type="checkbox"/> 7: 各区役所地域みまもり支援センターへの連絡事項あり

(備考) 1 本証明書は償還払い申請時に、紛失等により要綱第12条第1項第1号又は第2号の書類を提出できないときに、提出が必要となります。

2 本証明書発行にかかる手数料等については、申請者の自己負担となります。