

京都市妊産婦健康診査実施証明書

年 月 日

（宛先）京都市長

実施医療機関等

住 所

名 称

代表者名

電話番号

次の者について、下記のとおり妊産婦健康診査を実施したことを証明します。

1 受診した妊産婦

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

2 助成金の交付を申請する妊産婦健康診査の内容

裏面のとおり

(裏面)

検査項目		受診券種別		受診年月日	領収金額 (保険診療分を除く)	備考
基本健診	(1回目)	基本	①	年 月 日	円	
・問診、診察	(2回目)	基本	②	年 月 日	円	
・体重測定	(3回目)	基本	③	年 月 日	円	
・血圧測定	(4回目)	基本	④	年 月 日	円	
・尿検査	(5回目)	基本	⑤	年 月 日	円	
・保健指導	(6回目)	基本	⑥	年 月 日	円	
	(7回目)	基本	⑦	年 月 日	円	
	(8回目)	基本	⑧	年 月 日	円	
	(9回目)	基本	⑨	年 月 日	円	
	(10回目)	基本	⑩	年 月 日	円	
	(11回目)	基本	⑪	年 月 日	円	
	(12回目)	基本	⑫	年 月 日	円	
	(13回目)	基本	⑬	年 月 日	円	
	(14回目)	基本	⑭	年 月 日	円	
※ 多胎児のみ	(15回目)	基本	多胎①	年 月 日	円	
	(16回目)	基本	多胎②	年 月 日	円	
	(17回目)	基本	多胎③	年 月 日	円	
	(18回目)	基本	多胎④	年 月 日	円	
	(19回目)	基本	多胎⑤	年 月 日	円	
	(20回目)	基本	多胎⑥	年 月 日	円	
血液検査						
・貧血(1回目)		追加	前期-血液 ①	年 月 日	円	
・血糖(1回目)				年 月 日	円	
・血液型		追加	前期-血液 ②	年 月 日	円	
・貧血(2回目)		追加	中期-血液 ③	年 月 日	円	
・血糖(2回目)				年 月 日	円	
・貧血(3回目)		追加	後期-血液 ④	年 月 日	円	
免疫検査						
・間接クームス		追加	前期-免疫	年 月 日	円	
・B型肝炎抗原検査				年 月 日	円	
・C型肝炎抗体検査				年 月 日	円	
・風しんウイルス抗体値検査				年 月 日	円	
・梅毒検査				年 月 日	円	
B群溶血性レンサ球菌検査		追加	中期-B群	年 月 日	円	
HIV抗体価検査		追加	前期-HIV	年 月 日	円	
子宮頸がん検査(細胞診)		追加	前期-がん	年 月 日	円	
超音波検査	(1回目)	追加	前期-超音波 ①	年 月 日	円	
	(2回目)	追加	前期-超音波 ②	年 月 日	円	
	(3回目)	追加	超音波 多胎①	年 月 日	円	
	(4回目)	追加	超音波 多胎②	年 月 日	円	
	(5回目)	追加	中期-超音波 ③	年 月 日	円	
	(6回目)	追加	超音波 多胎③	年 月 日	円	
	(7回目)	追加	後期-超音波 ④	年 月 日	円	
超音波検査	(1回目)	追加	前期-超音波 ①	年 月 日	円	
	(2回目)	追加	前期-超音波 ②	年 月 日	円	
	(3回目)	追加	中期-超音波 ③	年 月 日	円	
	(4回目)	追加	後期-超音波 ④	年 月 日	円	
HTLV-1抗体検査		追加	前期-HTLV-1	年 月 日	円	
性器クラミジア検査		追加	クラミジア	年 月 日	円	
産婦健康診査		産婦	①	年 月 日	円	
		産婦	②	年 月 日	円	

※ 受診年月日と領収金額を記入して下さい。上記以外の検査の記入は不要です。

※ 本証明書の発行手数料については、受診者の自己負担となります。