

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"/> 産婦健康診査依頼表 (1回目) <input type="checkbox"/> 産婦健康診査依頼表 (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"/> 1か月児健康診査依頼票 <input type="checkbox"/> 3～5か月児健康診査依頼票 <input type="checkbox"/> 9・10か月児健康診査依頼票	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
受付者: ※窓口交付したものに☑をつける			※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 多胎児用(第1回 第2回 第3回 第4回 第5回 乳児健診一式)				
受付者: ※窓口交付したものに☑をつける	<input type="checkbox"/> 超音波検査依頼票 第1回 第2回 第3回 第4回	<input type="checkbox"/> 血液検査依頼票 第1回 第2回	<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 妊婦用 子育てパートナー用

【 保健所処理欄 】

<input type="checkbox"/> 7・8か月児健診票交付済み	担当保健師・助産師名 :
----------------------------------------	--------------