鹿児島市　多胎妊婦健康診査受診票

多胎（　　）回目

妊　婦　氏　名		受診日	R　年　月　日
生　年　月　日	年　月　日　　歳		
住　所	鹿児島市 ※鹿児島市民の方のみ利用できます。　電話　－　－		
分　娩　予　定　日	年　月　日	健診時　妊娠　満　週	

検査所見	基本健診	体　重	kg
		血　圧	～　mm／Hg
		浮　腫	ー　±　＋　＋＋
		尿検査	蛋白（　）・糖（　）・ケトン体（　）
		○胎児発育評価検査（超音波検査）	異常所見　なし・あり（　）

保健センター等への連絡事項

1　不要　2　妊娠高血圧症候群について　3　流早産の予防

4　訪問指導

5　その他（　）

委託医療機関名称

医師氏名

【多胎妊婦さんの皆様へ】

通常の１４回を超える健診について、１回あたり５，０００円を限度額に、５回分まで、償還払いで助成いたします。

【医療機関の皆様へ】

1　この受診券は多胎妊婦さんに対する鹿児島市独自の受診券になります。健診受診日の住所が鹿児島市であるか、確認してください。

2　健診料金はご本人から徴収し、この受診票への結果記入と領収書・明細書の発行をお願いいたします。

3　この受診票による健診時期の目安は医療機関で設定してください。