

★契約医療機関にて受診される際は、児氏名・生年月日を記入し、医療機関に提出してください。
 ★契約外医療機関にて受診される際は、助成の申請時にご持参ください。

年 月 日

粕屋町1か月児健康診査受診票

氏名(児)		生年月日	年 月 日
-------	--	------	-------

母子手帳の「1か月児健康診査」ページの写しの添付、または下記に記入してください。					
受診日	年 月 日(実施: 年 月 日)				
体 重	g	身 長	. cm	頭 囲	. cm
栄養状態	良・要指導	栄養法	母乳 ・ 混合 ・ 人工乳		

契約医療機関記載			
健康診査 結 果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 既医療 <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> その他	()	連絡事項
	健康診査 実施機関		