

様式第2号（第5条関係）

境港市プレコンセプションケア検査受検証明書

下記の者については、プレコンセプションケア検査を実施し、これに係る費用を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

（ふりがな） 受検者氏名	（ ）	生年月日	年 月 日
実施した検査等※1	☐ 問診（身体計測・血圧測定等） ☐ 尿検査 ☐ 血液検査（貧血，肝・腎・甲状腺機能，脂質・糖代謝等） ☐ 感染症検査（肝炎，H I V，梅毒等） ☐ AMH ☐ 経膈 ^{ちつ} 超音波検査 ☐ 子宮頸部 ^{けい} 細胞診 ☐ 保健指導 ☐ その他（ ）		
検査（受診）日※2			
領収金額	[今回の検査等に要した金額合計] 検査費用 領収金額 _____ 円		

※1 該当する場合は□欄に✓を記載してください。

※2 検査（受診）日を列記して記載してください。