

松山市プレコンチェック受検証明書

下記の者については、プレコンチェックを実施し、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	<input type="checkbox"/> 問診（身体計測・血圧測定等） <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 血液検査（貧血，肝・腎・甲状腺機能，脂質・糖代謝等） <input type="checkbox"/> 感染症検査（肝炎，H I V，梅毒等） <input type="checkbox"/> AMH <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 保健指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
検査（受診）日※2			
検査開始時の年齢	歳		
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。