

# 妊娠経過証明書

ハイハットスタジオ御中

・住所 〒

・氏名

・生年月日 年 月 日

・  妊娠 週

・  過去に早流産を3回以上繰り返していない

・  特記事項

( )

以上、現在までの妊娠経過に特に異常は認められません。

平成 年 月 日

・医療機関名称

・住所 〒

・電話番号

・医師名

印

\* この妊娠経過証明書は次回検診日まで有効です。

次回検診日を経過した場合は担当医に日付を更新して印を  
いただいで下さい。

次回検診予定日 ( 年 月 日)