

妊娠経過証明書

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。

令和 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)