

# 妊娠経過証明書

ゴールドジム横浜馬車道 御中

氏名) \_\_\_\_\_

住所) 〒 \_\_\_\_\_

生年月日・西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

※下記項目をご確認下さい。

- 妊娠 \_\_\_\_\_ 週
- 過去に流産を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 \_\_\_\_\_ ⑩