^{様式第1(第4条関係)} 妊婦健康診査受診票

第1回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

第 1 回 8 週頃 健常 補助額 円									п										
					第	1	口	•	5 迥 ៉	Ħ.	17	E i:	洲	(MH)	別			ı	円 一
交	付			一				П	受	缥	Ι.	_	0	0					
年 月	日			年		月		日	番	号	'	6	2	9					
妊	婦								1.	上 左	F.	昭	召和						
氏	名								J]	3	<u> 기</u>	区成		年		月		日
/ } -	=-	岩	倉市	j															
住	所									(電	話				_)
子ど			今回					<i>"</i> も	出	産		<u>\</u> :	和		年		月		日
(該)	当に	\bigcirc)	既に	子ど	もが	あ	る		予定	三日		lı .	个口		+		力		Н
上記	妊婦	につ	いいて	、公	費	ر ا	よる	妊娠	静健 原	€診	査る	を	依賴	[し]	ます	0			
												_	岩1	全市	方長				
		ا حاد	/I/ HH		→ 1.							_	ப /	י ם	13 12	-			
	医	療材	幾関	$\mathcal{O}_{\frac{1}{2}}$	麦林	汞													

【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入しても らいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関によっては使用できない場合があります</u>ので、事前に確認 してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

	要 診 査 年月日	年	月	日	/妊娠	週	(か月)
	* 実施し	た項目に口をつけ	ナ、結果を訂	己入してくだ	 さい。			
	□基本健	診 ◇尿(蛋白)	$-$ • \pm	• + • ++	-~			
		◇尿(糖)	$-\cdot\pm$	• + • ++	-~			
		◇血圧 収縮	期	/ 拡	 法張期	mmH;	g	
所	□超音波	検査 (異常)	なし・ 異	常あり)				
	<初回血	液検査>						
見	□АВО ш́	L液型 □Rh(D).	血液型 []末梢血液	万一般			
	□梅毒血	清反応(STS)	□梅毒ト	レポネー	マ抗体定性			
	□血糖	□HBs抗原	□HCV	抗体定性	・定量			
	□不規則	抗体 口ウイル	ス抗体価の	(風疹)				
	□HIV—1	•2抗体価 *	く 検査実施	時に説明の	うえ、同意を得て	てください	Ĺ	
判定	□ 異常	(%	 有、必要	きな処置、	指導事項など			
表記	妊婦の健	康診査の結果	は上記の	つとおり	です。			
	医	療機関名						

愛知県外医療機関記入欄

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額												
	口生	F.	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。												
健康診査項目		金額	頂									
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}				円								
超音波検査				円								
初回血液検査				円								
上記以外の検査				円								
合計				円								
医療機関名												
住所												
代表者名			印									

様式第2 (第4条関係)

妊婦健康診査受診票



			711 1 1						健	貅	補助	額			F.]		
交年				4	年	月		日	受診 番 ¹	票 子	6	2	9					
	<u>月</u> 日 婦								生	ケ	 = F]					
妊氏	名								月	Ē		平成		年		月		日
住	所	<u>.</u> !	岩倉	市														
土	か	1							(1	Ē,	活			_)
	どもの					めての		ども		産	令	·和		年		月		日
(言	変当に	<u> </u>)) [死に子	۾ ساح	らがあ	る		予定	<u> </u>	1,4	1111		'		/1		I
上	記妊娠	婦に	こつし	いて、	公	費に	よる	妊娠	健康	含3	≦を	依賴	[し]	ます	0			
												岩角	官有	片長				
	2	医师	寮機	関0) [長様												

【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、**医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります**ので、 事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

	乗 診 査 年月日	年	月	/妊娠	週 (か月)
所見	基本的	建診 ◇尿(蛋白 ◇尿(糖) ◇血圧	a) — ・ — ・ 収縮期	±・+・++~ ±・+・++~ /拡張其	月	mmHg
		•	V	,,		o o
判	□ 異常	なし病	名、必要なぬ	心置、指導事項など		
定	□ 異常	raby (
表記	妊婦の健	康診査の結果に	は上記のと	おりです。		
	医	療機関名				

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(麦州ボドリッ) 区原版 周及 (5 列座) 7 を 文 か さ 4 0 く 2 1 3 3 1 1 3 に 八 し は 2 1 こ 2 2 2 3 1												
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診	查費支払	金額										
	<u></u>											
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。												
健康診査項目		金額										
基本健診{一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円									
上記以外の検査			円									
승카			円									
医療機関名												
住 所												
代表者名			印									

第3回

様式第3 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

					第 3 回	1	6 週頃	健	紏	補助	額			Р]
年月	付日			年	月	日	受診票 番 号	6	2	9					
妊	婦名								昭和 平成		年		月		日
住	所	岩	倉市	1			(電	話			_)
子ども (該当				,, .	めての子 もがある	ども	出	令	和		年		月		日
上記好	£婦	につ	いて	、公	:費による	る妊娠	帚健康診	査を	依賴	しる	ます	0			
	医	療標	幾関	の∄	長様				岩角	含市	万長				

【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

	₹ 診 査 年月日	年	月	/妊娠	週(か月)
所見	基本係	建診 ◇尿(蛋白 ◇尿(糖) ◇血圧	a) — ・ — ・ 収縮期	土・+・++~ 土・+・++~ /拡張!	朝	mmHg
判		さなし 病	名、必要な処	L置、指導事項など)
定	_ , , ,					
表記	妊婦の健	康診査の結果は	ま上記のと こ	おりです。		
	医	療機関名				

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(麦加宗)10万万城(周及いの)住力を文むされている物口は此人しないて、たさい。)											
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診	*査費支払	金額									
<u>樣</u> 令和 年 月 日											
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		金額									
基本健診{一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円								
上記以外の検査			円								
合計			円								
医療機関名											
住 所											
代表者名			印								

様式第4 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

第4回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

					第 4	口	2	0 週頃		健	辫	補助	額			円
交 年 <i>f</i>	付月日			年	F	1	日	受診 番	票号	6	2	9				
妊氏	婦 名							生月	年 F		昭和 平成		年		月	目
住	所	岩	倉市	ĵ				(電	話			_)
	きい 当に		今回 既に				ども	出 予定	産日	令	·和		年		月	日
上記	已妊婦	おこっ	いて	、公	費に	よる	妊娠	帚健康	診す	査を	依刺	頁し、	ます	0		
	医	療	幾関	の∮	長様						岩	倉下				

【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入しても らいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関によっては使用できない場合があります</u>ので、事前に確認 してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

	₹ 診 査 年月日		年	月	目	/妊娠	週	(か月)
	*実施	た項目に	. ☑ をつけ、	、結果を記	と入してくだ。	さい。		
	□基本	健診〈	◇尿(蛋	白)	- · ±	• + • ++	~	
所			◇尿(糖	;)	- · ±	• + • ++	\sim	
見		<	>血圧	収縮	期	/ 拡引	長期	mmHg
	□超音	音波検 査	Ē (;	異常なし	, ・ 異常	常あり)		
判		なし						
刊	□ 異常		有	名、必要	な処置、	指導事項など)
定								J
表記	妊婦の健	康診査の	の結果に	よ上記の)とおり`	です。		
	医	療機関ク	名					

愛知県外医療機関記入欄

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額												
	П	年	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。												
健康診査項目			金額									
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}				円								
超音波検査				円								
上記以外の検査				円								
合計				円								
医療機関名												
住 所												
代表者名				印								

^{様式第5(第4条関係)} 妊婦健康診査受診票

第5回

			第 5 回	2	4 週頃	健紗 (制額		円
交 年 月	付月日	年	月	日	受診票 番 号	6 2	9		
妊氏	婦 名				生月月日		年	月	目
住	所	岩倉市			(電	話	_)
	きい 当に	有無 今回が初 ○) 既に子ど	めての子 もがある	ども	出	令和	年	月	日
上記	已妊婦	について、公	と費による	妊婦	掃健康診 了	査を依頼	します。		
	医	療機関の:	長様			岩倉	市長		

【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

	₹ 診 査 年月日	年	月	/妊娠	週(か月)
所見	基本係	建診 ◇尿(蛋白 ◇尿(糖) ◇血圧	a) — — 収縮期	・ ± ・ + ・ ++〜 ・ ± ・ + ・ ++〜 /拡張其	月	mmHg
判定		なし 病	名、必要な	処置、指導事項など		
表記		康診査の結果は 療機関名	は上記のと	:おりです。		

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(麦州州1)2/区域(城)及び切住川を文むされている場合は記べてはいていている。											
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診る	查費支払	金額									
	年	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		金額									
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円								
上記以外の検査			円								
슴計			円								
医療機関名											
住 所											
代表者名			印								

^{様式第6 (第4条関係)} 妊婦健康診査受診票

第6回

					第 6 回	2	6 退	圓頃		健認	斜	補助	額			μ.]
交年月	付月日			年	月	日	-	影票		6	2	9					
妊氏	婦 名							生月	年日		召和 区成		年		月		日
住	所	岩	倉市	j				(電	記記	î			_)
-	もの 当に				めての子 もがある	ども	出予	産定日		令	和		年		月		目
上記	已妊婦	おにつ	ついて	、公	*費による	る妊娠	帚健	康診	查	を	依頼	(しる	ます	0			
	医	療	幾関]の}	長様					;	岩角	含市	方 長				

【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

1	₹ 診 査 年月日	年	月	目	/妊娠	週	(か月)
所見	基本的	建診 ◇尿(蛋 f ◇尿(糖) ◇血圧	9) — 9	· ± ·	+ · · + · · · · · · · · · · · · · · · ·			mmHg
判定		ぎなし 病	名、必要な	処置、	指導事項など			
表記		康診査の結果/ 療機関名	は上記のと	おりつ	です。			

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

		~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~		~~~/								
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康記	愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額											
様 令	和	年	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました												
健康診査項目			金額									
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}				円								
上記以外の検査				円								
合計				円								
医療機関名												
住 所												
代表者名				印								

# 様式第7(第4条関係) 妊婦健康診查受診票

第7回

					第	7 [□]		28	3 週頃	健	紏	補助	額)			円	
交 年 月	付日			年		月	F		受診票 番 号	6	2	9					
妊氏	婦 名									'	昭和 平成		年		月	目	
住	所	岩	倉市						(電	話			_			)	
子ど (該)			今回が既に			-	ども		出	令	和		年		月	E	1
上記	妊婦	につ	いて、	公	費し	こより	る妊	婧	健康診	査を	·依頼	頁し	ます	0			
	医	療	幾関の	の打	長樹	長					岩	倉下	<b></b>				

#### 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

## 【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

	東 診 査 年月日		年	月	目	/妊娠	週	(	か月)
所見	基本係	<	〉尿(蛋; >尿(糖) _{,血圧}	<b>白) -</b> - 収縮期	• ± • ±	· + · ++~ · + · ++~ /拡張期			mmHg
判定		含なし	病	3名、必要な	な処置、	指導事項など			
表記		康診査 療機関		は上記の	とおり	です。			J

# 愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(麦州州1)2/区域(城)及び切住川を文むされている場合は記べてはいていている。											
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診る	查費支払	金額									
	年	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		金額									
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円								
上記以外の検査			円								
슴計			円								
医療機関名											
住 所											
代表者名			印								

# 様式第8 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

第8回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

					第 8 回	3	0 週頃		健診	料	補助	額)			円
交 年 月	付 日			年	月	日	受診 番 号		6	2	9				
妊氏	婦名						生月	年日		四和 乙成		年		月	日
住	所	岩	倉市	i			<b>(</b> =	冟	活			_			)
子ど (該)				. ,, .	めての子。 もがある	ども	出 予定	奎目	令	和		年		月	日
上記	妊婦	につ	いいて	、公	:費による	5妊娠	帚健康診	含了	をを	依賴	[しる	ます	0		
	医	療植	幾関	のӇ	<b>憂様</b>					岩須	含市	5長	•		

## 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入しても らいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関によっては使用できない場合があります</u>ので、事前に確認 してください。

## 【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

### 【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

第8回

	衰診 査 年月日	年	月	/妊娠	週	( か月)
	*実施し	た項目に☑をつり	ナ、結果を	記入してくださ	٧١ _°	
	□基本健	診 ◇尿(蛋白)	_	· ± · + ·	++~	
		◇尿 (糖)	_	· ± · + ·	++~	
所		◇血圧 収	[縮期	/拡張期	mmHg	
	□超音波	検査 ( 異常	なし・	異常あり )		
見	□血算	( 異常	なし・	異常あり )		
	□血糖	( 異常	なし・	異常あり )		
	□HTLV-	1 抗体検査				
	□性器ク	ラミジア感染検査	查			
判	□ 異常	なし。	夕 .沙西.4	よ処置、指導事項	i+> U	
	□ 異常	うあり ( ***	石、业安/	· 严恒、相等争步	1,7 C	
定						J
表記	妊婦の健	康診査の結果に	は上記の	とおりです。		
	医:	療機関名				
	,حم	W NWIW. H				

## 愛知県外医療機関記入欄

愛知県外医療機関妊婦健康診査	至費支	払金額		
	令和	年	月	日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しま	した。			
健康診査項目			金額	
基本健診{一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}				円
超音波検査				円
血算				円
血糖				円
HTLV-1抗体検査				円
性器クラミジア感染検査				円
上記以外の検査				円
合計				円
医療機関名				_
住 所				
代表者名				印

# 様式第9 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

第9回

			第	9 回	32	2 週頃		健斜 (補)		補助	補助額			П	]
交 年 月 日		左	Ę.	月	日	受診番	票号	6	2	9					
妊 婦						生	4		昭和		<i>F</i>				
氏 名	<b>岩</b>	<b>全市</b>				月	F	1	平成		年		<u>月</u>		日
住 所	10,	岩倉市 (電話 –												)	
子どもの (該当に		今回が既に子の			ども	出予定	産日	令	和		年		月		日
上記妊娠	帚につ	いて、	公費	による	る妊婦	帰健康	診る	査を	依頼	しる	ます	0			
<u></u>	医療機	幾関の	)長;	様					岩	含市	万長	-			

#### 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、**医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります**ので、 事前に確認してください。

## 【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

第9回

	乗 診 査 年月日	年	月	目	/妊娠	週	(	か月)
所見	基本的	建診 ◇尿(蛋白 ◇尿(糖) ◇血圧	) — — 収縮期	• ± •	・+・++〜 ・+・++〜 /拡張期			mmHg
		5-J-\ 1						
判	□ 異常 	なし病症	名、必要な	処置、指	<b></b> 遺事項など			
定	□ 異常	raby (						
表記	妊婦の健	康診査の結果は	上記のと	おりて	ぎす。			
	医	療機関名						

# 愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(复州州1970年)版例及の別生川を文的で40でいる場合は此人しないでくたでい。											
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診る	愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額										
	年	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		金額									
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円								
上記以外の検査			円								
슴홝			円								
医療機関名											
住 所											
代表者名			印								

# 様式第10 (第4条関係)妊婦健康診査受診票

第10回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

				第 10 回	34	4 週頃		円			
交年月	付目日		年	月	日	受診票 番 号	6	2	9		
妊氏	婦 名					生 年月 日		召和 平成	年	月	日
住	所	岩倉	市			(電	話		_		)
	もの 当に			Jめての子。 もがある	ども	出	令	和	年	月	日
上記	已妊婦	につい	ハて、4	<b>含費による</b>	5妊娠	<b>掃健康診</b>	査を	依賴	します。	o	
	医	療機	と関の:	長様				岩角	含市長		

## 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入しても らいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関によっては使用できない場合があります</u>ので、事前に確認 してください。

## 【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

### 【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

-	<ul><li>診 査</li><li>年月日</li></ul>	年	月	E ,	/妊娠	週 (	か月)
	*実施	した項目に <b>∠</b>	<b>]</b> をつけ、結	果を記入し	てください。		
	□基2	<b>広健診 ◇</b> 原	民(蛋白)	- • ±	• + • ++	~	
所		◇尿	(糖)	- • ±	• + • ++	~	
見		$\diamondsuit$ ín	.圧 収縮	期	/拡張期		mmHg
	□GE	S 検査(子	宮頸管の流	細菌検査)	(実施な	あり・実	施なし)
判		なし おり (	病名、必要	厚な処置、指	<b>『導事項など</b>		)
定	口 共市	( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( (					
表記	妊婦の健	康診査の結	果は上記の	つとおりで	す。		
	医	療機関名					

## 愛知県外医療機関記入欄

愛知県外医療機関妊婦健康診査費	支払金	含額		
	旬	年	月	日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。				
健康診査項目			金額	
基本健診{一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}				円
GBS検査 (子宮頸管の細菌検査)				円
上記以外の検査				円
合計				円
				,
医療機関名				
住所				
代表者名				印

# ^{様式第11(第4条関係)} 妊婦健康診査受診票

第11回

			第 11 回 36 週頃 健紗 補助額						円
交年月	付目日	年	月	日	受診票 番 号	6 2	9		
妊氏	婦 名				生月日		年	月	目
住	所	岩倉市			(電	話	_		)
	`ものす 当に	<b>有無</b> 今回が初 ○) 既に子ど	]めての子。 もがある	ども	出	令和	年	月	日
上記	已妊婦	について、生	含費による	5妊婦	<b>掃健康診</b>	査を依頼	します。		
	医	療機関の	長様			岩倉	市長		

#### 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

## 【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

	表 診 査 年月日		年	月	目	/妊娠	週	(	か月)
所	基本例	建診 く	〉尿(蛋白	1)	- • ±	• + • ++~			
見		•	◇尿(糖)		- · ±	• + • ++~			
元		<	◇血圧	収縮	i期	/拡張期			mmHg
判	□ 異常	字なし	病	名、必要	とな処置、	指導事項など			
定	□ 異常	含あり							
表記	L 妊婦の健	康診査	の結果に	よ上記の	りとおりつ	です。			
	医	療機関	名						

# 愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(文部が172位が成为久の列生がよ文形で40です。)										
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額										
	和年	三月	日							
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。	>									
健康診査項目		金額								
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円							
上記以外の検査			円							
合計			円							
医療機関名										
住 所										
代表者名			印							

# ^{様式第12(第4条関係)}妊婦健康診查受診票

第12回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

				第 12 回	37	7	順		健診	料	補助	額			円,	
交 付 年月日	`		年	月	日	-	<b>多</b> 经	手	6	2	9					
丘       丘       丘       丘       丘       名							<u>**</u> 生月	<del>,</del> 年 日	1	3和区成		年		月		日
住 所	岩	倉市	j			ı	(1	電話		793	-					)
子どもの (該当に				めての子。 もがある	ども	出予	定	産日	令	和		年		月		日
上記妊娠	帰にて	ついて	、公	きない きょく ひょく ひょう かいしょ しょく はいしょ しょく しょく かいしょ かいしょ かいしょ しょく かいしょ しょく しょく はいしょ しょく はいしょ しゅう しょく しょく はいしょ しょく はいしょく しょく しょく しょく しょく しょく しょく しょく しょく しょく	5妊婦	<b>景健</b>	康記	<b>含</b> 星	<b>エ</b> を	依賴	<b>i</b> しる	ます	0			
<u> </u>	医療	幾関	の <del> </del>	<b>憂様</b>					-	岩角	含市	万長				

## 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入しても らいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関によっては使用できない場合があります</u>ので、事前に確認 してください。

## 【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

### 【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

-	€ 診 査 年月日	年	月	日	/妊娠	週	(	か月)
	*実施した	項目に☑をつけ、	、結果を記入し	してくださ	زارا _°			
	□基本健認	沴 ◇尿(蛋白	a) –	• ±	• + • ++~			
所		◇尿(糖)	_	· ±	• + • ++~			
見		◇血圧	収縮期		/拡張期			mmHg
	□超音波樹	検査 ( 異 ⁴	常なし・	異常	あり)			
	□血算	(異常	常なし・	異常	あり)			
判	□ 異常な	<u>- ]</u>						
1.3	□ 異常あ	, 病:	名、必要な	処置、扌	指導事項など			
定								J
表記	妊婦の健康	診査の結果に	は上記のと	おりて	<b>ごす。</b>			
	医療	機関名						

# 愛知県外医療機関記入欄

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支払金額										
<u>様</u> 令	和	年	月	日						
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました	-0									
健康診査項目			金額							
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}				円						
超音波検査				円						
血算				円						
上記以外の検査				円						
슴計				円						
医療機関名										
住 所										
代表者名				印						

# ^{様式第13(第4条関係)}妊婦健康診査受診票

第13回

		第 13 回	38	週頃	健	料	補助	額			F,	]
交 付年月日	年	- 月	日	受診票 番 号	6	2	9					
妊婦氏名				生年月日		- 召和 F成		年		月		目
住 所	岩倉市	(電話 - )										
子どもの有無 今回が初めての子ども 出 産 (該当に〇) 既に子どもがある 予定日 令和 年 月 日										日		
上記妊娠	帚について、	公費による	i 妊婦	健康診	査を	依賴	しる	ます	0			
岩倉市長 医療機関の長様												

#### 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

## 【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

	₹ 診 査 年月日	年	月	目	/妊娠	週	(	か月)
所見	基本例	建診 ◇尿(蛋 ◇尿(粉		- • ± - • ±	· + · ++~			
<b>元</b>		◇血圧	収縮期		/拡張期		mn	nHg
判	□ 異常	なし	病名、必要	な処置、	指導事項など			
定	□ 異常	(a)						
表記	妊婦の健	康診査の結果	は上記の	とおり、	です。			
	医	療機関名						

# 愛知県外医療機関及び助産所記入欄

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診	含費支払	金額									
<u>樣</u>	和年	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		金額									
基本健診{一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円								
上記以外の検査			円								
合計			円								
医療機関名											
住 所											
代表者名			印								

# 様式第14 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

第14回

			第 14 回 39 週頃 健診料 (補助額)								F.		
交 付年月日		年	三 月	日	受診票 番 号	6	2	9					
妊病氏名	1				生生		- 召和 P成	<u>I</u>	年	<u> </u>	月		日
住 所	岩	岩倉市 (電話 - )											
子どもの有無 今回が初めての子ども 出 産 令和 年 月 日 (該当に〇) 既に子どもがある 予定日 令和 年 月 日										日			
上記妊娠	婦につ	いいて、	公費による	5妊婦	健康診	査を	依賴	しる	ます	0			
岩倉市長 医療機関の長様													

#### 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

## 【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

	東 診 査 年月日		年	月	日	/妊娠	週	(	か月)
所	基本係		◇尿(蛋 ◇尿(糖		- • ± - • +	• + • ++~			
見			◇血圧	収縮	- 期	<b>/</b> 拡張期			mmHg
判定		含なし	Find the second	<b></b> 有名、必要	な処置、	指導事項など			
表記	妊婦の健	康診查 療機関		は上記の	)とおり~	です。			

## 愛知県外医療機関及び助産所記入欄

***************************************	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	~~~~~~	
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査	<b>坚費支払</b>	金額	
<u>樣</u>	年	月	日
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。			
健康診査項目		金額	
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円
上記以外の検査			円
合計			円
医療機関名			
住 所			
代表者名			印

# ^{様式第14の2(第4条関係}妊婦健康診査受診票

多胎第 回

第	この受診票は妊婦健康診査 第1~14回受診票を全て 使用した後に使ってください						多	多胎健斜補類					円			]		
交年	月	付日			年		月日	受番	診票 : 号		6	2	9					
妊氏		婦名								年月	昭和平原			年		月		目
住		所	岩	倉市					(電	話			-	_				)
	_		f無 ()	今回が 既に子	初めて どもが		ども	出予	産 定日		令和	l		年		月		日
上	記如	壬婦	につ	いて、	公費に	こよる	妊娠	幕健,	康診	查	を依	頼	しる	ます	0			
											岩	¦倉	Ħ	長				
		医	療	幾関0	)長樹	É												

#### 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 | 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

### 【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

	乗 診 査 年月日		年	月	Ħ	/妊娠	週(	か月)
所見	基本係		尿(蛋白 尿(糖) 血圧	日) — — — 収縮其	• ± • ± •	· + · ++~ · + · ++~ /拡張其	Я	mmHg
判定		きなし きあり	病	名、必要力	<b>公</b> 处置、	指導事項など		
表記	L 妊婦の健 医	康診査の		は上記の	とおり、	です。		

# 愛知県外医療機関及び助産所記入欄

友和宗(107区原版用及い功座月を文的と40で、339日は此人では4、6、7にで、6											
愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診	查費支払	金額									
	年	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		金額									
基本健診{一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}			円								
上記以外の検査			円								
슴計			円								
医療機関名											
住 所											
代表者名			印								

# 様式第15 (第4条関係) 妊婦健康診査受診票

子宮頸がん

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

				子宮	頸がん	妊	娠初期	]	健	紏	(補助	額			F	]
交 年月	付日			年	月	日	受診番	票号	6	2	9					
妊氏	婦 名						生月	年 E		昭和 平成		年	•	月		日
住	所	岩	告倉市 (電話 – )													
	もの7 当に				ての子と がある	ごも	出一	産日	令	和		年		月		日
上記	已妊婦	につ	いて、	、公辈	貴による	妊婦	健康	诊了	至を	依賴	[し]	ます	0			
	医	療核	後関の	の長	様					岩角	育官	万長				

*子宮頸がん検査は過去1年以内に実施している方は対象になりません。

### 【妊婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、子宮頸がん検査が公費で負担されます。 その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受 診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は**妊婦健康診査受診票を併用して、妊娠初期(妊娠 16 週頃まで)に使** 用してください。
- 3 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 4 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 5 この受診票は、交付日以降分娩前日までしか使用できません。 (受診票交付前の妊婦健康診査の受診費用は助成対象外です。)
- 6 この受診票は、<u>医療機関によっては使用できない場合があります</u>ので、事前に確認 してください。

## 【愛知県内の医療機関へのお願い】(妊娠初期に実施してください)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、子宮頸がん検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

## 【愛知県外の医療機関へのお願い】(妊娠初期に実施してください)

- 1 妊婦がこの受診票を提出したときは、子宮頸がん検査を実施し、その費用を受診者 から徴収してください。また、子宮頸がん検査の費用については、裏面に領収金額 を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

健康診査 実施年月日	年	月	/妊娠	週	( か月)
細胞診所見	*結果に <b>▽</b> を □NILM □ASC-US □AIS □Other	つけてく: □ASC-H □SCC	□LSIL	□HSIL	□AGC
判定	□異常なし □要精密検査				
その他治療すべき疾患					
表記妊婦の健	 康診査の結果は 療機関名	生記のと	おりです。		

# 愛知県外医療機関記入欄

愛知県外医療機関妊婦健康診査費支	払金額										
<u>樣</u> 令和	年	月	日								
上記の妊婦健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		金額									
子宮頸がん検査			円								
上記以外の検査			円								
슴콹			円								
医療機関名											
住 所											
代表者名			印								

# 様式第16 (第4条関係) 産後健康診査受診票

第1回

	÷ 141		ш							
	産 後	産後8週	划以內	健*科(	補助額		円			
交 付 年月日	年	月 日	受診票番 号	6 2	9					
産 婦 氏 名			生 月 月 日		年	月	日			
住 所 岩倉i	<b></b>		(電	話	_		)			
子どもの有無 今[ (該当に〇) 既(		ての子ども ぶある	出産日	令和	年	月	日			
上記産婦につい	て、公費	による産後	後健康診	査を依頼	[します。					
岩倉市長 医療機関の長様										

#### 【産婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 4 この受診票は、出産後8週以内に限り使用できます。
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

### 【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 産婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 産婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際 に必要となります。)

# 産後健康診査結果報告書

	E 診 査
--	-------

## 愛知県外医療機関及び助産所記入欄

愛知県外医療機関及び助産所産後健康診査費支払金額											
<u>様</u>	年	月	日								
上記の産後健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		金額									
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}・メンタルチェック			円								
上記以外の検査			円								
슴콹			円								
医療機関名 住 所 代表者名			印								

# 様式第16の2 (第4条関係 産後健康診査受診票

第2回

		産後 産後8週以内 健学 (補助額)									円			
交付年月日		年	Ξ.	月	日	受診票 番 号	6	2	9					
産婦氏名								27和 12成		年		月		月
住 所	岩倉市	市				(電	話		-	_				)
子どもの有無 今回が初めての子ども (該当に〇) 既に子どもがある 出産日 令和 年 月										日				
上記産婦	見について	て、	公費	による	5産後	後健康診	査を	依賴	負しる	ます	0			
岩倉市長 医療機関の長様														

#### 【産婦さんへのお願い】

- 1 この受診票により健康診査を受けるときは、裏面の項目の費用が公費で負担されます。その他の検査を行ったときは、その費用は本人が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 2 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 3 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入しても らいましょう。
- 4 この受診票は、出産後8週以内に限り使用できます。
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

### 【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 産婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を公費負担として取り扱ってください。その他の検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1 か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国 民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、 1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助 産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 産婦がこの受診票を提出したときは、裏面の検査を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

# 産後健康診査結果報告書

	E 診 査 <td color="block" rowspan="2" th=""  ="" 産<=""></td>	
	*実施した項目に☑をつけ、結果を記入してください。	
	□基本健診 ◇尿(蛋白) - · ± · + · ++~	
	◇尿(糖) - ・ ± ・ + ・ ++~	
所	◇血圧 収縮期 /拡張期 mmHg	
/21	□子宮復古 ( 異常なし ・ 異常あり )	
見	□悪露 ( 異常なし ・ 異常あり )	
尤	□乳房の状態 ( 異常なし ・ 異常あり )	
	□メンタルチェック ( エジンバラ(EPDS) )	
	合計点数 ( 点) 質問 10 ( 0点 ・ 1点 ・ 2点 ・ 3点 )	
	□その他 ( )	
判	□ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など	
定	□ 異常あり	
表記	産婦の健康診査の結果は上記のとおりです。	
	医療機関名	

# 愛知県外医療機関及び助産所記入欄

			~~~~
愛知県外医療機関及び助産所産後健康診査	費支払っ	金額	
<u>様</u>	年	月	日
上記の産後健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。			
健康診査項目		金額	
基本健診 {一般診察・尿検査(蛋白・糖)・血圧測定}・メンタルチェック			円
上記以外の検査			円
슴콹			円
医療機関名 住 所 代表者名			卸

様式	第 1	7	(第	4条関係)	新生	E児	聴覚	検査	受記	多 男	巨		Į	徳 (覚	
					乳	児	生後7	′日頃まで	検証	字	補城	須			円	
	交年	月	付 日		年	月	日	受診票 番 号	7	2	9					
	乳氏		児名					男 生 年 女 月 日	F /	令和		年		月		日
	住		所	岩倉市	Ħ			(電	話		_	-			,)
	保氏		者 名													
	上	記等	礼児	について	.、公辈	量によ	る新生	:児聴覚	負査	を依	頼し	ょ	す。			
			医	療機関	の長	·様			-	岩倉	會市	長				

【保護者へのお願い】

- 1 この受診票は、新生児(生後4週間(満28日)まで)に限り使用できます。 (なるべく生後7日ごろまでに受診してください。)
- 2 この受診票により新生児聴覚検査を受けるときは、**聴覚検査の費用の一部が公費で負担**されます。その他の検査を行ったときは、保護者が負担してください。また、この受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 3 この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 4 この聴覚検査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、検査結果を記入してもらいましょう。
- 5 この受診票は、<u>医療機関及び助産所によっては使用できない場合があります</u>ので、 事前に確認してください。

【愛知県内の医療機関及び助産所へのお願い】

- 1 保護者がこの受診票を提出したときは、新生児聴覚検査を公費負担として取り扱ってください。検査の費用が補助額の上限を超すものについては、その差額分は対象者の自己負担となります。また、その他必要な検査を行ったときは、その費用を受診者から徴収してください。
- 2 新生児聴覚検査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 医療機関の新生児聴覚検査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)
- 4 助産所の新生児聴覚検査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県助産師会 〒464-0077 名古屋市千種区神田町5-8千種公園うたの森3階)

- 1 保護者がこの受診票を提出したときは、新生児聴覚検査を実施し、その費用を受診者から徴収してください。また、新生児聴覚検査の費用については、裏面に領収金額を記入してください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 新生児聴覚検査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

新生児聴覚検査結果報告書

聴覚

	7171 —		——// H > 1 4 1	~ n n —	
検	查実施年月日	年	月	Ħ	
所	耳鼻咽喉学的診察 (検査方法 □ 聴性誘発反応		□自動聴性	誘発反応検査() AABR)
見	検査結果	査(OAE)		響放射検査(TI F検査)	EOAE)
判定	臨床診断 右耳 □ 異常な 左耳 □ 異常な ※特に処置が必要 (自院経過観察 ・	し □ 難聴疑V な場合は、そ <i>0</i>)内容を記入	して下さい。))
表言	- 己乳児の新生児聴覧 医療機関/		上記のとお	りです。	

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\			- /								
	愛知県外医療機関及び助産所新生児聴覚検査費支払金額											
		年	月	日								
Ŧ	上記の新生児聴覚検査を実施し、下記の金額を領収しました。											
	検査項目 金額											
	新生児聴覚検査			円								
	医療機関名 住 所											
	代表者名			印								

様式第18(第4条関係)乳児健康診査受診票

第1回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

• • •	· X 117 /	(100)11	150	A 27 13 4	1010	17 8 67	0						
			乳	児	生後	1か月頃	健	診料	補助	額)	円		
交欠	付口		年	月	日	受診察	. /	2	9				
年						番号							
乳氏	児					男 生	年	令和		年	月		日
氏	名				7	女 月	日	13 J.H		+-	万		Н
住	所	岩倉市	Î			•	•						
	171					(電	話		-	_)
保	護者												
氏	名												
上記乳児について、公費による乳児健康診査を依頼します。													

岩倉市長

医療機関の長様

【保護者へのお願い】

- 1 この受診票は、乳児(ただし、1歳1か月になる前日まで)に限り使用できます。 (なるべく**生後1か月ごろに受診**してください。)
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察の費用が公費で負担されます。 その他の検査を行ったときは、その費用は保護者が負担してください。また、この 受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 3 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 4 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入してもらいましょう。
- 5 この受診票は、<u>医療機関によっては使用できない場合があります</u>ので、事前に確認 してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 1 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を公費負担として取り扱ってください。その他必要な検査を行ったときは、その費用を保護者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 1 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

乳児健康診査結果報告書

第1回

健康診査実施年月日					年	月	目	出生	上体重				g
体重	i i		g	身長		cm	頭囲		cm				
	栄	養	母爭	し・涯	記合 ・	人工	哺乳	力	良	•	不	良	
	光	の凝視	あ	り	・な	: L	聴力榜	查	済	•	未		
	1	1 外表奇形 なし・あり											
	2 皮膚所見 黄疸 (-・+・++) 湿疹 (-・+・++))			
所	新 チアノーゼ (ー・+・++) 血管腫 (ー・+								+)				
	Café au lait spot $(-\cdot +)$ 白斑 $(-\cdot +)$												
				その他	,)	
見	3	四肢運		舌発・フ									
	4	呼		正常・フ									
	5	心				$\pm \cdot +)$							
	6	腹	部	肝 (横指)腫瘤	į (– •	+)					
	7	モロー	豆射 〕	正常・昇	異常								
	8	その	他	()	
判	=	異常なし	· 異?	常あり	()	
定		自院経過	観察	・他機関	関紹介	()	
表言	己乳」	児の健康	影查	の結果	:は上記	記のとお	りです	0					
		医猪	寮機関	名									

愛知県外医療機関記入欄

(2/1/N1 1/2/2/N/M/M/2/2/1/2/1/2/1/2/1/2/1/2/1/2/1/2/1/2			~/	
愛知県外医療機関乳児健康診る	查費支払	金額		
様	令和	年	月	日
上記の乳児健康診査を実施し、下記の金額を領収しま	した。			
健康診査項目		í	合計金額	
一般診察				円
医療機関名				
住所				
代表者名			É	印

様式第19(第4条関係) 乳児健康診査受診票

第2回

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

医療機関の長様

	~ H/ //	(1011)3/11/21	10. —	1 4/14	. ,	.,									
			乳	児	生後6	~10	か月	健	紏	補助	額)	円			}
交 年 月	付目日	2	年	月	日	受番	診票 : 号	7	2	9					
乳氏	児名						生 月 月		令和		年		月		日
住	所	岩倉市					(電話	話		_	_)
保護 氏	養者 名														
上記	2乳児	について、	公費	によ	る乳児	健	隶診了	査を	依賴	i し	ます。	0			
									岩角	含计	5長				

【保護者へのお願い】

- 1 この受診票は、乳児(ただし、1歳1か月になる前日まで)に限り使用できます。 (なるべく生後6~10か月ごろに受診してください。)
- 2 この受診票により健康診査を受けるときは、一般診察の費用が公費で負担されます。 その他の検査を行ったときは、その費用は保護者が負担してください。また、この 受診票は無料券ではなく、補助券です。
- 3 <u>この受診票は岩倉市に住所を有する方しか使用できません。</u> 岩倉市から転出された場合は、転出先の市町村にご相談ください。
- 4 この健康診査を受けるときは、必ず母子健康手帳を持参し、健診結果を記入しても らいましょう。
- 5 この受診票は、<u>医療機関によっては使用できない場合があります</u>ので、事前に確認 してください。

【愛知県内の医療機関へのお願い】

- 1 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を公費負担として取り扱ってください。その他必要な検査を行ったときは、その費用を保護者から徴収してください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 健康診査の費用の請求は、別に定める請求書にこの結果報告書を添えて、1か月分を取りまとめのうえ翌月10日までに行ってください。(提出先 愛知県国民健康保険団体連合会 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 1 保護者がこの受診票を提出したときは、一般診察を実施し、その費用を受診者から 徴収してください。また、健康診査の費用については、裏面に領収金額を記入して ください。領収書は受診者にお渡しください。
- 2 健康診査の結果を、裏面の結果報告書及び母子健康手帳に記入してください。
- 3 この受診票は受診者にお返しください。(受診者が市に対し補助金の申請を行う際に必要となります。)

乳児健康診査結果報告書

第2回

健康	診査	£実施年.	月日		年	月	目	出	生体重	Ĺ		g	
体重	Ī		g	身長		cm	頭囲		cm				
	追	視	_	• -	F	か月	定	頸	_	•	+	か月	
	あや	さし笑い		• -	H	か月	寝 返	り		•	+	か月	
	喃	語	_	• -	H	か月	座	位	_	•	+	か月	
	栄養 母乳・混合・人工・離乳食(- ・ +											回)	
	1 外表奇形 なし・あり												
所	2 皮膚所見 湿疹 (-・+・++) 血管腫 (-・+)												
			(Café au	lait s	spot (-	· +)	白	斑 (-	- • -	+)		
			7	不自然力	よ外傷	傷跡	なし・	あり)				
見				その他	()	
	3	姿	勢	対称・非	卡対称								
	4	四肢運	動	舌発・フ	下活発								
	5	呼	吸	正常・フ	下正								
	6	心	音	純 • 杂	惟音 ($\pm \cdot +)$)						
	7	腹	部月	汗(横指) 腫	廇(一 •	· +)					
	8	その	他	()	
判	5	異常なし	• 異?	常あり	()	
定	定 自院経過観察・他機関紹介()	
表言	表記乳児の健康診査の結果は上記のとおりです。												
		医病	索機関	名									

愛知県外医療機関記入欄

	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~	~~~~~~~									
愛知県外医療機関乳児健康診査費支払金額											
様 令	和 年	月	日								
上記の乳児健康診査を実施し、下記の金額を領収しました。											
健康診査項目		合計金額									
一般診察			円								
医療機関名											
住 所											
代表者名		戶	J								

妊婦・産後・乳児健康診査及び新生児聴覚検査受診票等交付(再交付)申請書

年 月 日

岩倉市長様

申請者 氏名

住所 岩倉市

(TEL - )

下記により、妊婦・産後・乳児健康診査、妊産婦歯科健康診査、新生児聴覚検査受診票を交付(再交付)してください。 記

区分		受診票の	D種類	理	!由及び	対象者	
	1	子宮頸がん	No.	<理由>			
	2	妊婦(第1回)	No.				
	3	妊婦(第2回)	No.				
	4	妊婦(第3回)	No.				
	5	妊婦(第4回)	No.				
1 受診票の交付(転入者)	6	妊婦(第5回)	No.	<対象者>	•••••••	•	
冊子No.( )	7	妊婦(第6回)	No.	妊産婦(母)日	氏名		
	8	妊婦(第7回)	No.	生年月日			
	9	妊婦(第8回)	No.		年	月	日
	10	妊婦(第9回)	No.	出産予定日	または出	<b>達日</b>	
2 受診票の再交付	11	妊婦(第10回)	No.		年	月	日
- 202011211	12	妊婦(第11回)	No.				
母子健康手帳番号( )	13	妊婦(第12回)	No.	乳児氏名			
紛失冊子No.( )	14	妊婦(第13回)	No.	児生年月日			
年 月 日交付	15	妊婦(第14回)	No.		年	月	日
	16	多胎妊婦(①•②•	•3•4•5)No.				
	17	産後(第1回)	No.				
	18	産後(第2回)	No.				
	19	新生児聴覚	No.				
	20	乳児(第1回)	No.				
	21	乳児(第2回)	No.				
	22	妊産婦歯科	No.				

## 備考

- 1 区分、受診票の種類については、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 他の市町村からの転入により、受診票の交付申請をする場合は、前の住所地で交付された受診票を添付してください。
- 3 受診票を汚すなどして再交付申請をする場合は、破れたり汚れたりした受診票を添付してください。
- 4 受診票の再交付において、なくした受診票を発見したときは、必ず返納してください。

# 妊婦・産後・乳児健康診査及び新生児聴覚検査費請求書

							県番	:号	表別	医	療	機	関	番	Ę
							2	3	1						
Щ	$\triangle$	<del></del>	E	<b>屋</b> ル	医療機関	所在地									
岩	启	市	文	殿	名	称									
					開設者	氏名									
					電	話									
		年		月分を下記	己のとおり記	清求しま	きす。								
			金	額		円				請求終	総件数			件分	
														_	

番号	受 番		診		票号		氏	名	金	額	<b>妊</b> 婦	産後	乳児	聴覚	備	考
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
					計	-		件		円						

- ・月遅れ、返戻分の請求は実施月を備考に記入してください。
- ・妊婦、産後、乳児、聴覚いずれかに○をつけ、妊婦の場合は回数を備考に記入してください。

# 妊婦・産後健康診査及び新生児聴覚検査費請求書

山 会 士 E 郎	所 在 地		
岩倉市長殿	名称		
	開設者氏名		
	電話		
年月分を下	「記のとおり請求します。		
金額	円	請求総件数	件分

番号	受 番		診		票 号	氏	名	金	額	妊 婦	産後	聴覚	備	考
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
					計		件		円					

- ・月遅れ、返戻分の請求は実施月を備考に記入してください。
- ・妊婦、産後、聴覚いずれかに○をつけ、妊婦の場合は回数を備考に記入してください。

妊婦・産後・乳児健康診査及び新生児聴覚検査県外医療機関等受診請求書

年 月 日

岩倉市長様

請求者氏名

住所 岩倉市

(TEL )

下記のとおり健康診査等に要した費用を請求します。

一定水砂豆子に女した	・貝川で明る	KCA 9 a	)				
妊産婦氏名		生年月	日	年	月	日生(	歳)
<b>医唇</b> 機関 <b>夕</b>			(	都	道府県		市)
区/尿/灰/内 T			(	都	道府県		市)
乳児氏名		生年月	日	年	月	日生(	歳)
医唇機閏名							
			(		道府県		市)
	受診日	12	医療機関			請求額	
							円
妊婦(第1回)							円
妊婦(第2回)				円			円
妊婦(第3回)				円			円
妊婦(第4回)				円			円
妊婦(第5回)				円			円
妊婦(第6回)				円			円
妊婦(第7回)				円			円
妊婦(第8回)				円			円
妊婦(第9回)				円			円
妊婦(第10回)				円			円
妊婦(第11回)				円			円
妊婦(第12回)				円			円
妊婦(第13回)				円			円
妊婦(第14回)				円			円
多胎妊婦(第1回)				円			円
多胎妊婦(第2回)				円			円
				円			円
				円			円
多胎妊婦(第5回)				円			円
							円
							円
				円			円
							円
				円			円
							円
金融機関名	種別	口点	<b>座番号</b>		口座	名義人	. ,
銀行	普通			フリガナ			
信用金庫	当座						
JA	その他、						
支店							
	妊産婦氏名     医療機関名     乳児氏名     医療機関名     電機関名     電機関名     電機関名     電機関名     電機関名     電機関名     電機関名     電機関名     電機関名     を存すがん     妊婦婦(第3回)     妊婦婦(第5回)     妊婦婦(第6回)     妊婦婦(第9回)     妊婦婦(第10回)     妊婦婦(第11回)     妊婦婦(第12回)     妊婦婦(第13回)     生婦婦(第12回)     多胎妊婦婦(第2回)     多胎妊婦婦(第2回)     多胎妊婦婦(第3回)     多胎妊婦婦(第4回)     多胎妊婦婦(第5回)     電後(第1回)     電後(第1回)     電後(第1回)     音所を後(第1回)     金融機関名     電機関名     電用金庫     」     」     」     日本庫     」     日本庫     」     日本庫     」     日本庫     」     日本庫     」     日本庫     日本     日本	妊産婦氏名 医療機関名 乳児氏名 医療機関名 健康診査内容 子宮頸がん 妊婦(第1回) 妊婦(第2回) 妊婦(第3回) 妊婦(第5回) 妊婦(第6回) 妊婦(第7回) 妊婦(第7回) 妊婦(第10回) 妊婦(第11回) 妊婦(第11回) 妊婦(第12回) 妊婦(第13回) 妊婦(第14回) 多胎妊婦(第1回) 多胎妊婦(第3回) 多胎妊婦(第3回) 多胎妊婦(第5回) 産後(第1回) 産後(第2回) 新生児聴覚 乳児(第2回) 奇計金額 金融機関名 種別 普通 当座 その他	任産婦氏名     医療機関名     乳児氏名     保康診査内容     子宮頸がん     妊婦(第1回)     妊婦(第2回)     妊婦(第3回)     妊婦(第5回)     妊婦(第5回)     妊婦(第6回)     妊婦(第7回)     妊婦(第10回)     妊婦(第11回)     妊婦(第13回)     妊婦(第13回)     妊婦(第14回)     多胎妊婦(第1回)     多胎妊婦(第2回)     多胎妊婦(第3回)     多胎妊婦(第3回)     多胎妊婦(第3回)     多胎妊婦(第1回)     金被(第1回)     音後(第1回)     音後(第1回)     音後(第1回)     音後(第1回)     音後(第1回)     音後(第1回)     音後(第1回)     音後(第1回)     音後(第1回)     子の他     日別     日別	医療機関名	任産婦氏名     医療機関名     電響	任産婦氏名         任 年月日 年 月         任 療機関名         乳児氏名         年 年月日 年 月         任 度稼機関名         乳児氏名         任 生年月日 年 月         任 度稼機関名         信 府県         後康診査内容 受診日 医療機関支払額         子宮頸がん 円 妊婦(第1回) 円 妊婦(第2回) 円 円 妊婦(第3回) 円 円 妊婦(第5回) 円 円 妊婦(第5回) 円 円 妊婦(第5回) 円 円 妊婦(第6回) 円 円 妊婦(第1回) 円 妊婦(第1回) 円 妊婦(第1回) 円 妊婦(第1回) 円 妊婦(第1回) 円 円 世婦(第1回) 円 円 多胎妊婦(第1回) 円 円 多胎妊婦(第3回) 円 円 多胎妊婦(第3回) 円 円 多胎妊婦(第5回) 円 下 金額(第1回) 円 下 産後(第1回) 円 下 産後(第1回) 円 下 工 乗 (第1回) 円 下 工 車 工 乗 (第1回) 円 下 工 車 工 車 工 車 工 車 工 車 工 車 工 車 工 車 工 車 工	<ul> <li>妊産婦氏名</li> <li>生年月日</li> <li>年月日</li> <li>イボール</li> <li>・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・</li></ul>

[※]健康診査・新生児聴覚検査結果報告書及び領収書を添付してください。

[※]請求者及び太枠内を記入してください。

[※]口座名義人は請求者氏名と同一としてください。

[※]請求額は愛知県内委託医療機関の委託項目に該当する健康診査・新生児聴覚検査項目に係る分及び 委託単価の範囲内です。