

* 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	健診料(補助額)			円		
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名				生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日				
住所	岩倉市 (電話 -)								
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある		出産 予定日	令和 年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。									
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、医療機関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 名古屋市中区泉一丁目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。)

妊婦健康診査結果報告書

第1回

健康診査 実施年月日	年 月 日	／妊娠 週（ か月）
所 見	*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) ー・±・+・++～ ◇尿(糖) ー・±・+・++～ ◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
	☐ 超音波検査 (異常なし・異常あり) <初回血液検査>	
	☐ ABO 血液型 ☐ Rh(D)血液型 ☐ 末梢血液一般 ☐ 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 ☐ ウイルス抗体価(風疹) ☐ HIVー1・2抗体価 *検査実施時に説明のうえ、同意を得てください	
	判定	☐ 異常なし ☐ 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関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
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

妊婦健康診査受診票

第2回

		第 2 回	12 週頃	健診料 (補助額)		円			
交 付 年 月 日	年 月 日		受診票 番 号	6	2	9			
妊 婦 氏 名			生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日					
住 所	岩倉市 (電話 -)								
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある		出 産 予 定 日	令和 年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。									
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、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 名古屋市中区泉一丁目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)

【愛知県外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。)

妊婦健康診査結果報告書

第2回

健康診査 実施年月日		年 月 日		／妊娠 週（ か月）	
所 見	基本健診 ◇尿(蛋白) ー・±・＋・++～				
	◇尿(糖) ー・±・＋・++～				
	◇血圧 収縮期 ー／拡張期 mmHg				
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など				
	☐ 異常あり ()				
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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
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3（第4条関係）**妊婦健康診査受診票**

		第 3 回	16 週頃	健診料 (補助額)		円			
交 付 年 月 日	年 月 日		受診票 番 号	6	2	9			
妊 婦 氏 名			生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日					
住 所	岩倉市 (電話 ー)								
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある		出 産 予 定 日	令和 年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。									
岩倉市長 医療機関の長様									

【妊婦さんへのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。)
- 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】

- 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。
- 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。
- 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)
- 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)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 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。
- 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。
- 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3回

[illegible]

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額			
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

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

		第 4 回	20 週頃	健診料 (補助額)				円			
交 付 年 月 日	年 月 日			受診票 番 号	6	2	9				
妊 婦 氏 名				生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日						
住 所	岩倉市 (電話 -)										
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			出 産 予 定 日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。 岩倉市長 医療機関の長様											

【妊婦さんへのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。)
- この受診票は、医療機関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へのお願い】

- 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。
- 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。
- 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 名古屋市中区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。)

妊婦健康診査結果報告書

第4回

健康診査 実施年月日	年 月 日	／妊娠 週（ か月）
所 見	*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) ー・±・+・++～	
	◇尿(糖) ー・±・+・++～	
	◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg	
	□超音波検査 (異常なし・異常あり)	
判 定	□ 異常なし □ 異常あり 病名、必要な処置、指導事項など	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関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
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	24週頃	健診料(補助額)		円			
交付年月日	年 月 日		受診票番号	6	2	9			
妊婦氏名				生年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日				
住所	岩倉市 (電話 -)								
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある		出産 予定日	令和 年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。									
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、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)

【愛知県外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。)

妊婦健康診査結果報告書

第5回

健康診査 実施年月日	年 月 日	／妊娠 週（ か月）
所 見	基本健診 ◇尿(蛋白) ー・±・＋・++～	
	◇尿(糖) ー・±・＋・++～	
	◇血圧 収縮期 ー／拡張期 mmHg	
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など	
	☐ 異常あり ()	
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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
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

		第 6 回	26 週頃	健診料 (補助額)		円			
交 付 年 月 日	年 月 日		受診票 番 号	6	2	9			
妊 婦 氏 名			生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日					
住 所	岩倉市 (電話 ー)								
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある		出 産 予 定 日	令和 年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。									
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、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)

【愛知県外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。)

妊婦健康診査結果報告書

第 6 回

健康診査 実施年月日	年 月 日	／妊娠 週 (か月)
所 見	基本健診 ◇尿(蛋白) ー ・ 土 ・ + ・ ++～ ◇尿(糖) ー ・ 土 ・ + ・ ++～ ◇血圧 収縮期 ー / 拡張期 mmHg	
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など ☐ 異常あり ()	
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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
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	

		第 7 回	28 週頃	健診料 (補助額)			円			
交 付 年 月 日	年 月 日		受診票 番 号	6	2	9				
妊 婦 氏 名				生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日					
住 所	岩倉市 (電話 ー)									
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある		出 産 予 定 日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。										
岩倉市長 医療機関の長様										

【妊婦さんへのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。)
- 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】

- 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。
- 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。
- 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)
- 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)

【愛知県外の医療機関及び助産所へのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。)

妊婦健康診査結果報告書

第 7 回

健康診査 実施年月日		年 月 日		／妊娠 週（ か月）	
所 見	基本健診 ◇尿(蛋白) ー ・ 土 ・ + ・ ++～				
	◇尿(糖) ー ・ 土 ・ + ・ ++～				
	◇血圧 収縮期 ／拡張期 mmHg				
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など				
	☐ 異常あり ()				
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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
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

＊本受診票は助産所ではご利用いただけません

		第 8 回	30 週頃	健診料 (補助額)				円			
交 付 年 月 日	年 月 日			受診票 番 号	6	2	9				
妊 婦 氏 名				生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日						
住 所	岩倉市 (電話 ー)										
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			出 産 予 定 日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。 岩倉市長 医療機関の長様											

【妊婦さんへのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。)
- この受診票は、医療機関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へのお願い】

- 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。
- 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。
- 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 名古屋市中区泉一丁目 6 番 5 号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。)

妊婦健康診査結果報告書

第 8 回

健康診査 実施年月日		／妊娠 週（ か月） 年 月 日	
所 見	*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） － ・ 土 ・ ＋ ・ ++～		
	◇尿（糖） － ・ 土 ・ ＋ ・ ++～		
	◇血圧 収縮期 ／拡張期 mmHg		
	☐超音波検査 （ 異常なし ・ 異常あり ）		
	☐血算 （ 異常なし ・ 異常あり ）		
	☐血糖 （ 異常なし ・ 異常あり ）		
判 定	☐ HTLV-1 抗体検査		
	☐性器クラミジア感染検査		
	☐ 異常なし ☐ 異常あり （ 病名、必要な処置、指導事項など ）		
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。			
医療機関名			

愛知県外医療機関記入欄

（愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。）

愛知県外医療機関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
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	32週頃	健診料（補助額）			円			
交付年月日	年 月 日			受診票番号	6	2	9				
妊婦氏名				生年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日						
住所	岩倉市 (電話 -)										
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			出産 予定日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。											
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、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)

【愛知県外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

[illegible]

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額			
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		

＊本受診票は助産所ではご利用いただけません

		第 10 回	34 週頃	健診料 (補助額)				円			
交 付 年 月 日	年 月 日			受診票 番 号	6	2	9				
妊 婦 氏 名				生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日						
住 所	岩倉市 (電話 ー)										
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			出 産 予 定 日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。 岩倉市長 医療機関の長様											

【妊婦さんへのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。)
- この受診票は、医療機関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へのお願い】

- 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。
- 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。
- 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 名古屋市中区泉一丁目6番5号)

【愛知県外の医療機関へのお願い】

- 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。
- 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。
- 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。)

妊婦健康診査結果報告書

第10回

健康診査 実施年月日	年 月 日	／妊娠 週（ か月）
所 見	*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) ー ・ 土 ・ + ・ ++～	
	◇尿(糖) ー ・ 土 ・ + ・ ++～	
	◇血圧 収縮期 ／拡張期 mmHg	
□GBS 検査（子宮頸管の細菌検査） （実施あり・実施なし）		
判 定	□ 異常なし	
	□ 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)	
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。		
医療機関名		

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関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
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

妊婦健康診査受診票

第11回

		第 11 回	36 週頃	健診料 (補助額)			円			
交 付 年 月 日	年 月 日		受診票 番 号	6	2	9				
妊 婦 氏 名			生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日						
住 所	岩倉市 (電話 ー)									
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある		出 産 予 定 日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。										
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、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 1 0 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 1 0 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)

【愛知県外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。)

妊婦健康診査結果報告書

第11回

健康診査 実施年月日		年 月 日		／妊娠 週（ か月）	
所 見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++～				
	◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++～				
	◇血圧 収縮期 ／拡張期 mmHg				
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など				
	☐ 異常あり ()				
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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
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

＊本受診票は助産所ではご利用いただけません

		第 12 回	37 週頃	健診料 (補助額)				円			
交 付 年 月 日	年 月 日			受診票 番 号	6	2	9				
妊 婦 氏 名				生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日						
住 所	岩倉市 (電話 ー)										
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			出 産 予 定 日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。 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、医療機関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 1 0 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 名古屋市中区泉一丁目 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。)

妊婦健康診査結果報告書

第12回

健康診査 実施年月日	年 月 日				／妊娠 週 (か月)
所 見	*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) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~				
	◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++ ~				
	◇血圧 収縮期 / 拡張期 mmHg				
	☐超音波検査 (異常なし ・ 異常あり)				
☐血算 (異常なし ・ 異常あり)					
判 定	☐ 異常なし				
	☐ 異常あり (病名、必要な処置、指導事項など)				
表記妊婦の健康診査の結果は上記のとおりです。					
医療機関名					

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関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
超音波検査	円
血算	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住 所	
代表者名	印

		第 13 回	38 週頃	健診料 (補助額)			円			
交 付 年 月 日	年 月 日		受診票 番 号	6	2	9				
妊 婦 氏 名			生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日						
住 所	岩倉市 (電話 ー)									
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある		出 産 予 定 日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。										
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、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 1 0 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 1 0 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)

【愛知県外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。)

妊婦健康診査結果報告書

第13回

健康診査 実施年月日		年 月 日		／妊娠 週（ か月）	
所 見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++～				
	◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++～				
	◇血圧 収縮期 ／拡張期 mmHg				
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など				
	☐ 異常あり ()				
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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
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

		第 14 回	39 週頃	健診料 (補助額)				円			
交 付 年 月 日	年 月 日			受診票 番 号	6	2	9				
妊 婦 氏 名				生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日						
住 所	岩倉市 (電話 ー)										
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			出 産 予 定 日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。											
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、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 1 0 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 1 0 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)

【愛知県外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。)

妊婦健康診査結果報告書

第14回

健康診査 実施年月日		年 月 日		／妊娠 週（ か月）	
所 見	基本健診 ◇尿(蛋白) - ・ 土 ・ + ・ ++～				
	◇尿(糖) - ・ 土 ・ + ・ ++～				
	◇血圧 収縮期 ／拡張期 mmHg				
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など				
	☐ 異常あり ()				
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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
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

妊婦健康診査受診票

多胎第 回

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

		多胎		健診料(補助額)				円			
交付年月日		年 月 日		受診票番号		6	2	9			
妊婦氏名				生年月日		昭和 平成 年 月 日					
住所		岩倉市 (電話 ー)									
子どもの有無 (該当に○)		今回が初めての子ども 既に子どもがある		出産 予定日		令和 年 月 日					
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。 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、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)

【愛知県外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。)

妊婦健康診査結果報告書

多胎第 回

健康診査 実施年月日	年 月 日	／妊娠 週（ か月）
所 見	基本健診 ◇尿(蛋白) ー ・ 土 ・ + ・ ++～	
	◇尿(糖) ー ・ 土 ・ + ・ ++～	
	◇血圧 収縮期 ー / 拡張期 mmHg	
判 定	☐ 異常なし 病名、必要な処置、指導事項など	
	☐ 異常あり ()	
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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所妊婦健康診査費支払金額	
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

*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	健診料（補助額）				円			
交付年月日	年 月 日			受診票番号	6	2	9				
妊婦氏名				生年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日						
住所	岩倉市 (電話 —)										
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			出産 予定日	令和 年 月 日						
上記妊婦について、公費による妊婦健康診査を依頼します。											
岩倉市長 医療機関の長様											

*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 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、医療機関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。）

妊婦健康診査結果報告書

子宮頸がん

健康診査 実施年月日	年 月 日	／妊娠 週（ か月）
細胞診所見	*結果に☑をつけてください。 ☐ NILM ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ LSIL ☐ HSIL ☐ AGC ☐ AIS ☐ SCC ☐ Adenocarcinoma ☐ Other	
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上記のとおりです。 医療機関名		

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関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
子宮頸がん検査	円
上記以外の検査	円
合計	円
医療機関名	
住 所	
代表者名	印

		産 後	産後 8 週以内		健診料（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 年 月 日	昭和 平成 年 月 日							
住 所	岩倉市 (電話 —)											
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			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、**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 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 1 0 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 名古屋市中区泉一丁目 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 1 0 日までに行ってください。（提出先 愛知県助産師会 〒464-0077 名古屋市中区千種区神田町 5-8 千種公園うたの森 3 階）

【愛知県外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1回

健康診査実施年月日						/産後							日（　週）					
						年　　　月　　　日												
所 見	*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）	-	.	±	.	+	.	++	~			
						☐	血圧	収縮期				／拡張期				mmHg		
	☐	子宮復古				(異常なし・異常あり)												
	☐	悪露				(異常なし・異常あり)												
	☐	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)）																
判 定	合計点数（				点）質問 10 （				0 点 ・ 1 点 ・ 2 点 ・ 3 点 ）									
	☐ その他（												）					
	☐ 異常なし				病名、必要な処置、指導事項など													
☐ 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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所産後健康診査費支払金額

様 令和 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
合計	円

医療機関名

住 所

代表者名

印

産後健康診査受診票

第2回

		産 後	産後8週以内		健診料（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 年 月 日	昭和 平成 年 月 日							
住 所	岩倉市 (電話 —)											
子どもの有無 (該当に○)	今回が初めての子ども 既に子どもがある			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、**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 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)**

【愛知県外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 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2回

[illegible]

愛知県外医療機関及び助産所記入欄

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

愛知県外医療機関及び助産所産後健康診査費支払金額

様 令和 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
合計	円

医療機関名
住 所
代表者名

印

新生児聴覚検査受診票

聴覚

		乳 児	生後7日頃まで	検査料(補助額)				円			
交 付 年 月 日	年 月 日			受診票 番 号	7	2	9				
乳 児 氏 名				男 女	生 年 月 日	令和 年 月 日					
住 所	岩倉市 (電話 -)										
保護者 氏 名											
上記乳児について、公費による新生児聴覚検査を依頼します。 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、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、**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 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)**

【愛知県外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

検査実施年月日		年	月	日
所 見	耳鼻咽喉学的診察所見 ()			
	検査方法			
	☐ 聴性誘発反応検査 (ABR) ☐ 自動聴性誘発反応検査 (AABR)			
	☐ 耳音響放射検査 (OAE) ☐ 自動耳音響放射検査 (TEOAE)			
判 定	検査結果			
	☐ Pass (異常なし) ☐ Refer (要再検査)			
	臨床診断			
	右耳 ☐ 異常なし ☐ 難聴疑い 左耳 ☐ 異常なし ☐ 難聴疑い ※特に処置が必要な場合は、その内容を記入して下さい。 () 自院経過観察 ・ 他機関紹介 ()			
表記乳児の新生児聴覚検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

(愛知県内の医療機関及び助産所を受診されている場合は記入しないでください。)

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	
様	令和 年 月 日
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

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

		乳児		生後 1 か月頃					
		健診料(補助額)		円					
交付年月日	年 月 日	受診票番号		7	2	9			
乳児氏名	男 女	生年	月日	令和	年	月	日		
住所	岩倉市 (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. 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. この健康診査を受けるときは、この受診票（表面）を受診前に記入してください。
また、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、医療機関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)

4 自治体での継続支援が必要な場合は、内容を記載してください。
また、緊急を要する場合は、直接自治体の担当部署へ連絡してください。
- 問診票 ※主にお子さんの世話をしている方が記入してください。
- | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|-------|----------|--|
| 出生時の状況 | | 在胎週数 | () 週 | 出生時体重 | () g |
| 器
質
的
疾
患
の
確
認 | 1 | お乳をよく飲みますか。 | | | はい ・ いいえ |
| | 2 | 元気な声で泣きますか。 | | | はい ・ いいえ |
| | 3 | 大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありませんか。 | | | はい ・ いいえ |
| | 4 | お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。 | | | いいえ ・ はい |
| | 5 | からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。 | | | いいえ ・ はい |
| | 6 | うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便（便色カード1番から3番）が続いていますか。 | | | いいえ ・ はい |
| 発
達 | 7 | あなたの顔をじっとみつめることがありますか。 | | | はい ・ いいえ |
| | 8 | 裸にすると手足をよく動かしますか。 | | | はい ・ いいえ |
| 親
（
主
な
養
育
者
）

や
子
育
て
の
状
況 | 9 | 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。 | | | なし ・ あり（1日 本） |
| | 10 | 現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますか。 | | | なし ・ あり（1日 本） |
| | 11 | 窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。 | | | はい ・ いいえ |
| | 12 | ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。 | | | はい ・ いいえ |
| | 13 | あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。 | | | はい ・ いいえ ・ 何ともいえない |
| | 14 | 赤ちゃんをいとおしいと感じますか。 | | | はい ・ いいえ ・ 何ともいえない |
| | 15 | 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 | | | はい ・ いいえ ・ 何ともいえない |
| | 16 | 子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。 | | | はい ・ いいえ |
| | 17 | (きょうだいがいらっしゃる方へ) きょうだいのことで相談したいことはありますか。 | | | いいえ ・ はい |
| | 18 | お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は、協力し合って家事・育児をしていますか。 | | | そう思う ・ どちらかといえばそう思う
どちらかといえばそう思わない ・ そう思わない |
| | 19 | お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなりましたことがありますか。 | | | いいえ ・ はい |
| | 20 | 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。 | | | 大変ゆとりがある ・ ややゆとりがある
普通 ・ やや苦しい ・ 大変苦しい |
| | 21 | 気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。 | | | いいえ ・ はい |
| | 22 | 物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。 | | | いいえ ・ はい |
| 23 | あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | | | いいえ ・ はい | |
| 24 | あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。 | | | はい ・ いいえ | |
| 予
防
接
種 | 25 | 2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。 | | | はい ・ いいえ |

乳児健康診査結果報告書

第1回

実施年月日		年	月	日	(生後		か	月	日)	
体重	g	身長	cm	頭囲	cm	栄養法 母乳・混合・人工乳				
1	身体的発育異常		なし・あり		10	四肢	ア 四肢の運動制限	(－・＋)	A 育児環境等	ア 母の心身状態 (良・不良)
2	外表奇形		なし・あり				イ 内反足	(－・＋)		イ その他 ()
3	姿勢の異常		なし・あり		11	神経学的異常	ア モロー反射	(－・＋)	B 心配事	無
4	皮膚	ア 黄疸	(－・＋・＋＋)				イ 筋トースス	(－・＋)		有 ()
		イ 血管腫	(－・＋)		12	発育性股関節	ア 股関節開排制限	(－・＋)	C 栄養	良
		ウ 色素異常	(－・＋)			形成不全リスク	イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 (－・＋)			
		エ その他				因子	ウ 家族歴	(－・＋)		
5	頭部	ア 頭血腫	(－・＋)			(アまたはイから	エ 女児	(－・＋)		
イ 頭囲拡大		(－・＋)			オの2項目以上)	オ 骨盤位分娩	(－・＋)			
ウ 小頭症		(－・＋)		13	その他異常					
エ 縫合異常		(－・＋)								
6	顔	ア 特異的顔貌	(－・＋)		14	新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未		判定者	
		イ 目	：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 (－・＋)		15	先天性代謝異常等	済・未			
		ウ 口	：口唇裂・口蓋裂 (－・＋)			検査の結果説明				
		エ 耳	：小耳症・副耳・耳瘻孔等 (－・＋)							
7	頸部	ア 斜頸	(－・＋)		16	便色カード	番		記事(要紹介となった場合の結果等)	
		イ その他の頸部腫瘍	(－・＋)							
8	胸部	ア 胸部の異常	(－・＋)		17	ビタミンK ₂ の投与	できている・できていない		医療機関・診察医名	
		イ 呼吸の異常	(－・＋)			判定				
		ウ 心雑音	(－・＋)			1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察				
		エ 不整脈	(－・＋)			4 要紹介(要精密・要治療)				
9	腹部・ 腰背部	ア 臍	：肉芽・ヘルニア (－・＋)			()				
		イ 腹部腫瘍	(－・＋)							
		ウ そけいヘルニア	(－・＋)							
		エ 仙骨部の異常	(－・＋)				紹介先			

- 【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、右記に徴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、上記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。)
- 4 自治体での継続支援が必要な場合は、内容を記載してください。また、緊急を要する場合は、岩倉市保健センター(0587-37-3511)へ連絡してください。

愛知県外医療機関記入欄	
(愛知県内の医療機関の場合は記入しないでください。)	
愛知県外医療機関乳児健康診査費支払金額	
令和 年 月 日	
様	
上記の乳児健康診査を実施し、下記の金額を徴収しました。	
健康診査項目	金額
一般診察	円
医療機関名	
住 所	
代表者名	印

*本受診票は助産所ではご利用いただけません

		乳 児	生後6～10か月	健診料（補助額）				円			
交 付 年 月 日	年 月 日			受診票 番 号	7	2	9				
乳 児 氏 名	男 女			生 年 月 日	令和 年 月 日						
住 所	岩倉市 （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 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、医療機関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 名古屋市中区泉一丁目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 日		出生体重		g	
体重		g		身長		cm	
頭囲		cm					
所見	追 視	－ ・ ＋ か月		定 頸	－ ・ ＋ か月		
	あやし笑い	－ ・ ＋ か月		寝 返 り	－ ・ ＋ か月		
	喃 語	－ ・ ＋ 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					
	2 皮膚所見	湿疹 (－・＋・＋＋) 血管腫 (－・＋) Café au lait spot (－・＋) 白斑 (－・＋) 不自然な外傷・傷跡 なし・あり その他 ()					
	3 姿 勢	対称・非対称					
	4 四肢運動	活発・不活発					
	5 呼 吸	正常・不正					
判定	6 心 音	純 ・ 雑音 (±・＋)					
	7 腹 部	肝 (横指) 腫瘤 (－・＋)					
	8 そ の 他	()					
		異常なし・異常あり ()					
	自院経過観察・他機関紹介 ()						
表記乳児の健康診査の結果は上記のとおりです。							
医療機関名							

愛知県外医療機関記入欄

(愛知県内の医療機関を受診されている場合は記入しないでください。)

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	
印	

様式第20(第4条関連)

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	受診票の種類	理由及び対象者
1 受診票の交付(転入者) 冊子No.()	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.	
	6 妊婦(第5回) No.	<対象者> 妊産婦(母)氏名 生年月日 年 月 日 出産予定日または出産日 年 月 日 乳児氏名 児生年月日 年 月 日
	7 妊婦(第6回) No.	
	8 妊婦(第7回) No.	
	9 妊婦(第8回) No.	
	10 妊婦(第9回) No.	
2 受診票の再交付 母子健康手帳番号() 紛失冊子No.() 年 月 日交付	11 妊婦(第10回) No.	
	12 妊婦(第11回) No.	
	13 妊婦(第12回) No.	
	14 妊婦(第13回) No.	
	15 妊婦(第14回) No.	
	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。

年 月 日

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	医療機関番号		
2	3	1			

岩 倉 市 長 殿

医療機関所在地
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	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。

岩 倉 市 長 殿 所 在 地 称
 名 設 者 氏 名
 開 電 話

金額 円

件分

- ・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、聴覚いづれかに○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。

受診者 氏名	妊産婦氏名	生年月日	年	月	日生(歳)	
	医療機関名	(	都道府県	市	)	
	生年月日	乳児氏名	生年月日	年	月	日生(歳)
	医療機関名	医療機関名	(	都道府県	市	)
診査内容	健康診査内容	受診日	医療機関支払額	請求額		
	子宮頸がん		円	円		
	妊婦(第1回)		円	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		
	多胎妊婦(第3回)		円	円		
	多胎妊婦(第4回)		円	円		
	多胎妊婦(第5回)		円	円		
	産後(第1回)		円	円		
	産後(第2回)		円	円		
	新生児聴覚		円	円		
	乳児(第1回)		円	円		
	乳児(第2回)		円	円		
	合計金額				円	
	振込先	金融機関名	種別	口座番号	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	()				

※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。