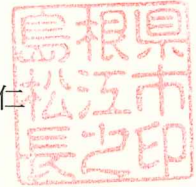


松江市告示第 111 号

松江市妊産婦乳幼児等健康診査実施要綱（平成 19 年松江市告示第 249 号）の一部を次のように改正する。

令和 8 年 4 月 1 日

松江市長 上 定 昭 仁



様式第 1 号及び様式第 4 号から第 8 号を次のように改める。

様式第1号 (第6条関係)

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名		年 月 日生 (歳)	
住 所	松江市	電話	
妊娠届出年月日	年 月 日		
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。			
年 月 日		委託医療機関の長 様	
		松江市長 印	
健康診査の所見又は今後必要な処置	妊娠週数	週	
	尿化学検査	糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)	
	血压測定	~ mmHg	
	体重測定	kg	
	貧血検査	Hb g / dl	
	A B O血液型	A・B・O・AB・その他	
	R h血液型	+・-・その他	
	血 糖	検査なし・空腹時 (mg/dl) ・ 随時 (mg/dl) ・ 不詳	
	梅毒血清反応検査 (TPHA試験 (定性))	-・+・その他	
	B型肝炎抗原検査 (HBs抗原)	-・+・その他	
	C型肝炎抗体検査 (HCV抗体価 (定性、定量))	-・+・その他	
	不規則抗体検査	-・+・その他	
	風疹ウイルス抗体検査	予防接種要相談 (十分な免疫なし) ・ 免疫あり	
	H I V抗体検査	-・+・その他	
	性器クラミジア検査 (クラミジアトラコマチス核酸測定)	陰性・陽性・その他	
	超音波検査	所見なし・所見あり	
	妊娠高血圧症候群	所見なし・所見あり	
妊娠糖尿病	所見なし・所見あり		
判定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)		
子宮頸がん検診	◆細胞診及びHPV検査の結果について、該当する判定に○または記入をしてください。		
	細胞診	1. NILM (陰性) 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. その他 () 7. 判定不能	
	HPV	自己負担	有料 (800円) * ・ 無料 *ただし、生活保護受給証明書・がん検診等無料受診券・福祉医療費医療証 (資格証) ・被爆者手帳をお持ちの方は、無料となります。
	結果	1. 陰性 2. 陽性【16型・18型・その他・不明】 3. 検査なし 4. 判定不能	
年 月 日		担当者氏名	

⑨-1 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。

年 月 日

医療機関コード番号

委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名

(あて先) 松 江 市 長

- 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重、身長)、保健指導)、血液検査 (血液型 (ABO・Rh)、不規則抗体検査、血算 (貧血等)、血糖、B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、HIV抗体価検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体価検査、性器クラミジア検査、子宮頸がん検診、超音波検査) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査、子宮頸がんのHPV検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
- この受診票は本人以外には使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
- 妊娠12週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
- 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第1号の2 (第6条関係)

第2回受診券
(14週前後)

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。 No. ()

妊婦氏名			年 月 日生 (歳)
住 所	松江市	電話	
妊娠届出 年月日	年 月 日		
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印			
妊娠週数	週		
下記のとおり一般健康診査を実施しました。 ① 問診及び診察 血压測定 (~ mmHg) 体重測定 (kg) ② 尿化学検査 (糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)) ③ 保健指導 ④ 栄養指導			
判 定	1. 問題なし、2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)		
年 月 日	担当者氏名		

⑨-2 妊婦一般健康診査費請求書		市町村国保コード
		3 2 0 0 1 0
金 円		
上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。		
		年 月 日
		医療機関コード番号
		委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
(あて先) 松 江 市 長		

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血压、浮腫、尿検査、体重)、保健指導、栄養指導)を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
4. 妊娠14週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください

第3回受診券
(16週前後)

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名	年 月 日生 (歳)	
住 所	松江市	電話
妊娠届出年月日	年 月 日	
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日		
委託医療機関の長 様		松江市長 印
妊娠週数	週	
下記のとおり一般健康診査を実施しました。		
① 問診及び診察	① 問診及び診察 ② 尿化学検査 (糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)) ③ 保健指導	
判定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)	
年 月 日	担当者氏名	

⑨-3 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日

医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名

(あて先) 松 江 市 長

- 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重)、保健指導) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
- この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
- 妊娠16週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
- 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第1号の4 (第6条関係)

第4回受診券
(20週前後)

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名		年 月 日生 (歳)
住 所	松江市	電話
妊娠届出年月日	年 月 日	
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印		
妊娠週数	週	
下記のとおり一般健康診査を実施しました。 ① 問診及び診察 血压測定 (~ mmHg) 体重測定 (kg) ② 尿化学検査 (糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)) ③ 超音波検査 (所見なし・所見あり) ④ 保健指導		
判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)	
年 月 日	担当者氏名	

⑨-4 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
(あて先) 松 江 市 長

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血压、浮腫、尿検査、体重)、保健指導、超音波検査) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
4. 妊娠20週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名			年 月 日生 (歳)
住 所	松江市	電話	
妊娠届出年月日	年 月 日		
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印			
妊娠週数	週		
下記のとおり一般健康診査を実施しました。 ① 問診及び診察 血压測定 (~ mmHg) 体重測定 (kg) ② 尿化学検査 (糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)) ③ 保健指導 ④ 栄養指導			
判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)		
年 月 日	担当者氏名		

⑨-5 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
(あて先) 松 江 市 長

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血压、浮腫、尿検査、体重)、保健指導、栄養指導) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
4. 妊娠24週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第1号の6 (第6条関係)

第6回受診券
(26週前後)

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名				年 月 日生 (歳)
住 所	松江市	電話		
妊娠届出 年月日	年 月 日			
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印				
妊娠週数	週			
下記のとおり一般健康診査を実施しました。 ① 問診及び診察 血压測定 (~ mmHg) 体重測定 (kg) ② 尿化学検査 (糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)) ③ 保健指導				
判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)			
年 月 日	担当者氏名			

⑨-6 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

金 円 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
(あて先) 松 江 市 長

- 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血压、浮腫、尿検査、体重)、保健指導) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
- この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
- 妊娠26週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
- 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第1号の7 (第6条関係)

第7回受診券
(28週前後)

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名		年 月 日生 (歳)	
住 所		松江市	電話
妊娠届出年月日		年 月 日	
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。			
年 月 日		委託医療機関の長 様	
		松江市長 印	
健康診査の所見又は今後必要な処置	妊娠週数	週	
	尿化学検査	糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)	
	血圧測定	~ mmHg	
	体重測定	kg	
	貧血検査	Hb g / d l	
	血 糖	m g / d l	
	HTLV-1 抗体検査 (HTLV-1 抗体価検査 (半定量))	-・+・その他	
	妊娠高血圧症候群	所見なし・所見あり	
	妊娠糖尿病	所見なし・所見あり	
	判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)	
年 月 日		担当者氏名	

⑨-7 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。

年 月 日

医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名

(あて先) 松 江 市 長

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重)、保健指導)、血液検査 (血算 (貧血等)、血糖、HTLV-1 抗体検査)) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外には使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
4. 妊娠28週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名				年 月 日生 (歳)
住 所	松江市	電話		
妊娠届出 年月日	年 月 日			
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印				
妊娠週数	週			
下記のとおり一般健康診査を実施しました。				
① 問診及び診察				
	血圧測定 ()	~	mmHg)	
	体重測定 ()	kg)		
②	尿化学検査 (糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+))			
③	保健指導			
判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)			
年 月 日	担当者氏名			

⑨-8 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3	2	0	0	1	0
---	---	---	---	---	---

金 円

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
(あて先) 松 江 市 長

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重)、保健指導)) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
4. 妊娠30週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名				年 月 日生 (歳)
住 所	松江市	電話		
妊娠届出 年月日	年 月 日			
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印				
妊娠週数	週			
下記のとおり一般健康診査を実施しました。				
① 問診及び診察				
	血圧測定 (~	mmHg)	
	体重測定 (kg)		
② 尿化学検査	糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+))			
③ 保健指導				
④ 栄養指導				
判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)			
年 月 日	担当者氏名			

⑨-9 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
(あて先) 松江市長

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡してください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重)、保健指導、栄養指導) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
4. 妊娠32週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第1号の10 (第6条関係)

第10回受診券
(34週前後)

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名			年 月 日生 (歳)	
住 所	松江市	電話		
妊娠届出年 月日	年 月 日			
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印				
妊娠週数	週			
下記のとおり一般健康診査を実施しました。				
① 問診及び診察 血压測定 (~ mmHg) 体重測定 (kg)				
② 尿化学検査 (糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+))				
③ 超音波検査 (所見なし・所見あり)				
④ 保健指導				
判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)			
年 月 日	担当者氏名			

⑨-10 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

金 円 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
(あて先) 松 江 市 長

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血压、浮腫、尿検査、体重)、保健指導、超音波検査) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
4. 妊娠34週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第1号の11(第6条関係)

妊婦一般健康診査受診票(医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名		年 月 日生(歳)	
住 所	松江市	電話	
妊娠届出年月日	年 月 日		
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印			
健康診査の所見又は今後必要な処置	妊娠週数	週	
	尿化学検査	糖(-・±・+) ・ 蛋白(-・±・+)	
	血压測定	～ mmHg	
	体重測定	kg	
	B群溶血性レンサ球菌(GBS)	陰性・陽性・その他	
	妊娠高血圧症候群	所見なし・所見あり	
	妊娠糖尿病	所見なし・所見あり	
	判 定	1.問題なし 2.要指導 3.要精密検査 4.要経過観察 5.要医療(内容)	
年 月 日		担当者氏名	

⑨-11 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円

上記のとおり(妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日

医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名

(あて先) 松 江 市 長

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査(基本的な妊婦健康診査(健康状態の把握、定期検査(子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重)、保健指導、B群溶血性レンサ球菌検査)を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外には使用できません。また、健診結果(精密検査結果も含む)は松江市に報告されます。
4. 妊娠36週前後に専門医(産婦人科)で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第1号の12 (第6条関係)

第12回受診券

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

(37週前後)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名			年 月 日生 (歳)	
住 所	松江市	電話		
妊娠届出 年月日	年 月 日			
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印				
健康診査の 所見又は 今後必要 な処置	妊娠週数	週		
	尿化学検査	糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)		
	血圧測定	～ mmHg		
	体重測定	kg		
	貧血検査	H b g / d l		
	栄養指導	実施あり・実施なし		
	妊娠高血圧症候群	所見なし・所見あり		
	妊娠糖尿病	所見なし・所見あり		
	判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)		
		年 月 日	担当者氏名	

⑨-12 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日

医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名

(あて先) 松 江 市 長

1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重)、保健指導、血液検査 (血算 (貧血等))、栄養指導、) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
3. この受診票は本人以外には使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
4. 妊娠37週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中を記入してから受診してください。

No. ()

妊婦氏名			年 月 日生 (歳)
住 所	松江市	電話	
妊娠届出 年月日	年 月 日		
上記妊婦の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印			
妊娠週数	週		
下記のとおり一般健康診査を実施しました。 ① 問診及び診察 血圧測定 (~ mmHg) 体重測定 (kg) ② 尿化学検査 (糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)) ③ 保健指導			
判 定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)		
年 月 日	担当者氏名		

⑨-14 妊婦一般健康診査費請求書 市町村国保コード

金 円 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

上記のとおり (妊婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
(あて先) 松 江 市 長

- 妊婦一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で妊婦一般健康診査 (基本的な妊婦健康診査 (健康状態の把握、定期検査 (子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿検査、体重)、保健指導、)) を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。妊婦一般健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
- この受診票は本人以外は使用できません。また、健診結果 (精密検査結果も含む) は松江市に報告されます。
- 妊娠39週前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
- 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村お申し出ください。

第1回
(産後2週間)

産婦健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

※太枠の中を記入してから受診して下さい。 NO. ()

産婦氏名	かな	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	松江市		電話
出産日	年 月 日	退院日	年 月 日

上記産婦の健康診査を依頼します。
年 月 日
委託医療機関の長 様
松江市長 印

健康診査の結果

実施日	年 月 日 (産後 日)
尿化学検査	糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)
血圧測定	/ mmHg
体重測定	Kg
母体の回復	1. 異常なし 2. 要指導 ()
授乳状況	1. 母乳 2. 混合 3. 人工
産後うつ	EPDS 点 1. 異常なし 2. 要支援 ()
判定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)

⑩-1 産婦健康診査費 (産後2週間) 請求書
市町村国保コード
3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0
金 円
上記のとおり (産婦氏名) についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
(あて先) 松江市長
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名

- 産婦健康診査を受ける時は、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関へお渡してください。
- この受診票で、問診 (生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等)、診察 (母体の回復 (子宮復古状況、悪露、乳房の状態等)、新生児の発育状況、授乳状況の把握等)、尿検査、血圧測定、体重測定、産後うつ等こころの健康チェックについて、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
産婦健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
産婦健康診査の際には、乳房マッサージを受けることができません。
- この受診票は本人以外使用できません。また健診結果は松江市へ報告されます。
- 産後2週間前後に専門医 (産婦人科) で受診されることをおすすめします。
- 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

※この券の使用期限は産後8週間までです。

様式第4号の2(第6条関係)

第2回
(産後1か月)

産婦健康診査受診票(医療機関委託健康診査)

※太枠の中を記入してから受診して下さい。 NO. ()

産婦氏名	かな	生年月日	年 月 日生(歳)
住所	松江市	電話	
出産日	年 月 日	退院日	年 月 日

上記産婦の健康診査を依頼します。
年 月 日
松江市長 印
委託医療機関の長 様

健康診査の結果

実施日	年 月 日(産後 日)
尿化学検査	糖 (-・±・+) ・ 蛋白 (-・±・+)
血圧測定	/ mmHg
体重測定	Kg
母体の回復	1. 異常なし 2. 要指導()
授乳状況	1. 母乳 2. 混合 3. 人工
産後うつ	EPDS 点 1. 異常なし 2. 要支援()
判定	1. 問題なし 2. 要指導 3. 要精密検査 4. 要経過観察 5. 要医療 (内容)

⑩-2 産婦健康診査費(産後1か月)請求書

市町村国保コード
3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0

金 円
上記のとおり(産婦氏名)についての健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
(あて先) 松江市長
医療機関コード番号
委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名

- 産婦健康診査を受ける時は、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関へお渡してください。
- この受診票で、問診(生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等)、診察(母体の回復(子宮復古状況、悪露、乳房の状態等)、新生児の発育状況、授乳状況の把握等)、尿検査、血圧測定、体重測定、産後うつ等こころの健康チェックについて、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
産婦健康診査の項目以外の検査を受けた場合は、自己負担が生じることがあります。
産婦健康診査の際には、乳房マッサージを受けることができません。
- この受診票は本人以外使用できません。また健診結果は松江市へ報告されます。
- 産後1か月前後に専門医(産婦人科)で受診されることをおすすめします。
- 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

※この券の使用期限は産後8週間までです。

様式第4号の3 (第12条関係)

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

あなたの産後の気分についておたずねします。
今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。
必ず10項目全部答えて下さい。

- 1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。
() いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった
() 全くできなかった。
- 2) 物事を楽しみにして待った。
() いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() ほとんどできなかった。
- 3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。
() はい、たいていそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くなかった。
- 4) はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配したりした。
() いいえ、そうではなかった。
() ほとんどそうではなかった。
() はい、時々あった。
() はい、しょっちゅうあった。
- 5) はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。
() はい、しょっちゅうあった。
() はい、時々あった。
() いいえ、めったになかった。
() いいえ、全くなかった。
- 6) することがたくさんあって大変だった。
() はい、たいてい対処できなかった。
() はい、いつものようにうまく対処できなかった。
() いいえ、たいていうまく対処した。
() いいえ、普段通りに対処した。
- 7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった。
() はい、ほとんどいつもそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くなかった。
- 8) 悲しくなったり、惨めになったりした。
() はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうであった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、全くそうではなかった。
- 9) 不幸せな気分だったので泣いていた。
() はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() ほんの時々であった。
() いいえ、全くそうではなかった。
- 10) 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() 時々そうだった。
() めったになかった。
() 全くなかった。

様式第5号 (第6条関係)

1か月児健診

乳児一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

太枠の中と、裏面の問診票を記入してから受診してください。 No. ()

乳児氏名 <small>ふりがな</small>	1. 男 2. 女	年 月 日生	生後 日
住 所	松江市		
保護者氏名		電話	
上記乳児の一般健康診査を依頼します。 年 月 日			
委託医療機関の長 様		松江市長 印	
診 察 所 見			
計測値	体 重	g	身長
	頭 囲	cm	1日平均体重増加
			cm
			g
身体的発育	1. 所見なし 2. 所見あり ()		
外表奇形	1. 所見なし 2. 所見あり ()		
姿勢	1. 所見なし 2. 所見あり ()		
皮膚	1. 所見なし 2. 所見あり (ア. 黄疸 イ. 血管腫 ウ. 色素異常 エ. その他:)		
頭部	1. 所見なし 2. 所見あり (ア. 頭血腫 イ. 頭囲拡大 ウ. 小頭症 エ. 縫合異常)		
顔	1. 所見なし 2. 所見あり (ア. 特異的顔貌 イ. 目: 白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 ウ. 口: 口唇裂・口蓋裂 エ. 耳: 小耳症・副耳・耳瘻孔等)		
頸部	1. 所見なし 2. 所見あり (ア. 斜頸 イ. その他の頸部腫瘤)		
胸部	1. 所見なし 2. 所見あり (ア. 胸部の異常 イ. 呼吸の異常 ウ. 心雑音 エ. 不整脈)		
腹部・腰背部	1. 所見なし 2. 所見あり (ア. 臍: 肉芽・ヘルニア イ. 腹部腫瘤 ウ. そけいヘルニア エ. 仙骨部の異常)		
四肢	1. 所見なし 2. 所見あり (ア. 四肢の運動制限 イ. 内反足)		
神経学的異常	1. なし 2. あり (ア. モロー反射 イ. 筋トーン)		
難性機転不全が肝 (7. 聴覚・視覚・味覚)	1. 所見なし 2. 所見あり (ア. 股関節開排制限 イ. 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ウ. 家族歴 エ. 女児 オ. 骨盤位分娩)		
その他	1. 所見なし 2. 所見あり ()		
新生児聴覚検査	正常・精査中 (右・左) ・未	先天性代謝異常等検査の結果説明 済・未	
便色カード	番	ビタミンK ₂ の投与 できている・できていない	
判 定			
1. 異常なし 2. 既 医 療 () 3. 要経過観察 (内容:) (方法: 当院受診・4か月児健診・その他) 4. 要紹介 (要精密) (内容:) 紹介先:) 5. 要紹介 (要治療) (内容:) 紹介先:)			
年 月 日		担当医師名	

③乳児一般健康診査費請求書

金	円	市町村国保コード
		3 2 0 0 1 0
乳児氏名	上記のとおり () についての健康診査に要した費用を請求します。	
	年 月 日	
	医療機関コード番号	
	委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名	
(あて先)	松 江 市 長	

(注)

1. 乳児一般健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によることができないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で乳児一般健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
3. この受診票は本人以外には使用できません。また、健診結果は松江市に報告されます。
4. 生後1か月に専門医（小児科）で受診されることをおすすめします。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申出ください。

様式第5号の2(第6条関係)

10か月児健診

乳児一般健康診査受診票(医療機関委託健康診査)

太枠の中と、裏面の問診票を記入してから受診してください。No.()

乳児氏名	1. 男 2. 女	年 月 日生	生後 か月 日
住 所	松江市		
保護者氏名		電話	

上記乳児の一般健康診査を依頼します。
 年 月 日
 委託医療機関の長 様 松江市長 印

診 察 所 見			
計測値	体 重	g	身 長
	頭 囲	cm	カウプ指数
体 格	1. 所見なし 2. 所見あり ()	筋緊張	1. 所見なし 2. 所見あり ()
栄 養	1. 所見なし 2. 所見あり ()	皮 膚	1. 所見なし 2. 所見あり ()
顔 色	1. 所見なし 2. 所見あり ()	奇 形	1. 所見なし 2. 所見あり ()
顔 貌	1. 所見なし 2. 所見あり ()	視 力	1. 所見なし 2. 所見あり ()
運動発達	1. 所見なし 2. 所見あり ()	聴 力	1. 所見なし 2. 所見あり ()
頭 部	1. 所見なし 2. 所見あり ()	その他	1. 所見なし
頸 部	1. 所見なし 2. 所見あり ()		2. 所見あり ()
口腔内	1. 所見なし 2. 所見あり ()		

保健師連絡 1. 要 () 2. 不要 ()
 判 定

1. 異常なし
 2. 既 医 療 ()
 3. 要経過観察 (内容:)
 (方法: 当院受診・1歳6か月児健診・その他)
 4. 要紹介(要精密) (内容: 紹介先:)
 5. 要紹介(要治療) (内容: 紹介先:)
 年 月 日 担当医師名

④乳児一般健康診査費請求書

市町村国保コード

金 円 3 2 0 0 1 0

乳児氏名 () 上記のとおり () についての健康診査に要した費用を請求します。
 年 月 日
 医療機関コード番号
 委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名
 (あて先) 松江市長

- (注)
1. 乳児一般健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によることができないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
 2. この受診票で乳児一般健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
 3. この受診票は本人以外には使用できません。また、健診結果は松江市に報告されます。
 4. 生後10か月児健診を基本としていますが、1歳の誕生日の末日までご利用可能です。
 5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第6号(第9条関係)

乳児精密健康診査受診票(一般)

No. ()

対象児氏名		年 月 日生
住 所	松江市	
保護者氏名		
精密健康診査 依 頼 要 旨		
上記乳児の精密健康診査を依頼します。 年 月 日 精密検査実施医療機関の長 様 <div style="text-align: right;">松江市長 印</div>		
所見 後 又の は処 置	1. 異常なし 2. 要再検査 3. 要治療 (病名)	年 月 日 委託医療機関名 担当医師名

⑥乳児精密健康診査費請求書

市町村国保コード

金

円

3 2 0 0 1 0

乳児氏名

上記のとおり () についての精密健康診査に要した費用を請求します。

年 月 日

検査内容	点数	保険負担割合
1. X線 (心臓・四肢 脊柱・呼吸器)		(あて先) 松江市長 委託医療機関の 名 称 住 所 氏 名
2. 心電図検査		
3. 血液検査		
4. 聴力検査		
5. 眼底検査		
6. その他		
計		

(注)

1. 乳児精密健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によることができないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で乳児精密健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
3. この受診票は本人以外には使用できません。
4. 健診結果は松江市に報告されます。

様式第7号 (第9条関係)

1歳6か月児精密健康診査受診票 (一般)

No. ()

対象児氏名		年 月 日生
住 所	松江市	
保護者氏名		
精密健康診査 依 頼 要 旨		
上記1歳6か月児の精密健康診査を依頼します。 年 月 日 精密検査実施医療機関の長 様 松江市長 印		
所 今 見 後 又 の は 処 置	1. 異常なし 病名または内容 2. 要再検査 () 3. 要治療 () 年 月 日 委託医療機関名 担当医師名	

⑦1歳6か月児精密健康診査費請求書

市町村国保コード

3 2 0 0 1 0

(あて先) 松 江 市 長

金 円
幼 児 氏 名

上記のとおり () についての精密健康診査に要した費用を請求します。

年 月 日

検査内容	点数	保険負担割合
	点	
		7 割
		8 割
		その他
		割
計		

委託医療機関名
住 所
氏 名

(注)

- 1歳6か月児精密健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によることができないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で1歳6か月児精密健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
- この受診票は本人以外には使用できません。
- 健診結果は松江市に報告されます。
- 2歳の誕生日の前日までご利用可能です。

3歳児精密健康診査受診票(一般)

No. ()

対象児氏名		年 月 日生
住 所	松江市	
保護者氏名		
精密健康診査 依頼要旨		
上記3歳児の精密健康診査を依頼します。 年 月 日 精密検査実施医療機関の長 様 <div style="text-align: right;">松江市長 印</div>		
所見 見後 又の は処 置	1. 異常なし 病名または内容 2. 要再検査 () 3. 要治療 () 年 月 日 委託医療機関名 担当医師名	

⑧ 3歳児精密健康診査費請求書

市町村国保コード

3	2	0	0	1	0
---	---	---	---	---	---

(あて先) 松 江 市 長

検査内容	点数	保険負担割合
	点	
		7割
		8割
		その他割
計		

金 円

幼児氏名

上記のとおり()についての精密健康診査に要した費用を請求します。

年 月 日

委託医療機関名

住 所

氏 名

(注)

- 3歳児精密健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によるできないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で3歳児精密健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
- この受診票は本人以外には使用できません。
- 健診結果は松江市に報告されます。
- 4歳の誕生日の前日までご利用可能です。

様式第8号の2 (第9条関係)

3歳児精密健康診査受診票 (視覚)

No. ()

対象児氏名						年	月	日生
住所	松江市							
保護者氏名								
精密健康診査 依頼要旨	視力検査 実施状況		ランド ルト環	ドット カード	オートレフRACTメーター			
		右			S (球面)	C (円柱)	A (軸)	
		左						
	アンケート 結果項目	1. 目つきが気になる 2. まぶしがる 3. 目を細めて見る 4. 物に近づいて見る 5. 横目で見る 6. その他 () 7. 特になし						
視能訓練士 意見				診察 所見				
上記3歳児の精密健康診査を依頼します。 年 月 日 精密検査実施医療機関の長 様 松江市長 印								
所今 見後 又の は処 置	1. 異常なし (病名又は内容)		2. 要再検査 ()		3. 要治療 ()		年 月 日	
					1. 斜視 2. 弱視 3. 屈折異常 4. その他			
					(1)内斜視 (1)不同視弱視 (1)遠視			
					(2)外斜視 (2)屈折性弱視 (2)近視			
					(3)その他 (3)その他 (3)乱視			
	委託医療機関名		担当医師名					

⑧ 3歳児精密健康診査費請求書

市町村国保コード

(あて先) 松江市長

検査内容	点数	保険負担割合
	点	
		7割
		8割
		その他
		割
計		
	3	2
	0	0
	1	0

金 円
幼児氏名
上記のとおり () についての
精密健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日
委託医療機関名
住所
氏名

(注)

- 3歳児精密健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によるができないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で3歳児精密健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
- この受診票は本人以外には使用できません。
- 健診結果は松江市に報告されます。
- 4歳の誕生日の前日までご利用可能です。

様式第8号の3 (第9条関係)

3歳児精密健康診査受診票 (聴覚)

No. ()

対象児氏名				年 月 日生
住 所	松江市			
保護者氏名				
精密健康診査 依頼要旨	聴力検査 実施状況	合 格 不 合 格 不 能	アンケート 結果不適 項 目	1. 家族・親類に聞こえの悪い人がいる 2. 中耳炎にかかりやすい 3. 鼻づまり・口で息をする 4. 呼んでも返事をしない 5. 保育士などから聞こえが悪いといわれた 6. 言葉がおかしい 7. 言葉の意味が伝わらない 8. その他 ()
	診察所見			
上記3歳児の精密健康診査を依頼します。 年 月 日 精密検査実施医療機関の長 様 松江市長 印				
所 今 見 後 又 の は 処 置	1. 異常なし 2. 要再検査 () 3. 要治療 () 年 月 日 委託医療機関名 担当医師名	病名又は内容	1. 難聴 (1)感音難聴 (2)伝音難聴 (3)混合性難聴 (4)感音・伝音の判定困難 a.両側性 a.両側性 a.両側性 a.両側性 b.一側性 b.一側性 b.一側性 b.一側性 2. 言語障害 3. 耳疾患 4. その他の耳鼻咽喉科疾患 (1)滲出性中耳炎 (1)副鼻腔炎 (2)その他 (2)扁桃肥大又はアデノイド (3)その他	

⑧ 3歳児精密健康診査費請求書

市町村国保コード 3 2 0 0 1 0

(あて先) 松 江 市 長

金 円

幼 児 氏 名

上記のとおり () についての精密健康診査に要した費用を請求します。
年 月 日

検査内容	点数	保険負 担割合
	点	
		7 割
		8 割
		その他
		割
計		

委託医療機関名
住 所
氏 名

(注)

- 3歳児精密健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によることができないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で3歳児精密健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
- この受診票は本人以外には使用できません。
- 健診結果は松江市に報告されます。
- 4歳の誕生日の前日までご利用可能です。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和8年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際現に存するこの告示による改正前の様式第5号及び様式第5号の2による用紙は、当分の間、これを使用することができる。