

妊婦一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

第9回受診券  
(32週前後)

太枠の中を記入してから受診してください。 No( )

ふりがな	昭和 年 月 日生 ( 歳 )		
妊婦氏名	平成		
住 所	松江市	電話	
妊娠届出年月日	令和 年 月 日		

上記妊婦の一般健康診査を依頼します。

令和 年 月 日

委託医療機関の長 様 松江市長

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、体重測定 )

② 尿化学検査

③ 保健指導

④ 栄養指導

◆実施項目に○をつけてください。  
※数値を記載する様式については、  
健診結果をご記入ください。

◆年月日、担当者名をご記入ください。

令和 年 月 日

担当者氏名

⑨-9 妊婦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

上記のとおり ( ) した費用を請求します。

令和 年 月

記入不要です

(あて先) 松江市長 委託医療機関の  
住所・名称・氏名

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この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。

乳児一般健康診査受診票 (医療機関委託健康診査)

1か月児健診

太枠の中と、裏面の問診表を記入してから受診してください。 No( )

ふりがな	令和 年 月 日生 生後 日		
乳児氏名	( 1. 男 2. 女 )		
住 所	松江市		
保護者名		電話	

上記乳児の一般健康診査を依頼します。

令和 年 月 日

委託医療機関の長 様 松江市長

診 察 所 見		判 定	
計 測 値	体重 g 頭 囲 cm 身長 cm 1日平均体重増加 g		
体 格	1. 所見なし 2. 所見あり ( ) 股 関 節 1. 所見なし 2. 所見あり ( )		
栄 養	1. 所見なし 2. 所見あり ( ) 筋 緊 張 1. 所見なし 2. 所見あり ( )		
顔 色	1. 所見なし 2. 所見あり ( ) 生 産 上 重 負 有 無 1. 所見なし 2. 所見あり ( )		
顔 貌	1. 所見なし 2. 所見あり ( )		
運 動 発 達	1. 所見なし 2. 所見あり ( )		
頭 部	1. 所見なし 2. 所見あり ( )		
頭 部	1. 所見なし 2. 所見あり ( )	1. 新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/>
口 腔 内	1. 所見なし 2. 所見あり ( )	実施状況 確 認	
そ の 他	1. 所見なし 2. 所見あり ( )	2. 先天性代謝異常等検査	<input type="checkbox"/>
		3. ビタミンK <sub>2</sub> の投与	<input type="checkbox"/>
1. 異常なし ( ) 2. 既 医 療 ( ) 3. 要経過観察 ( ) 4. 要 治 療 ( ) 5. 要精密検査 ( )			
令和 年 月 日		担当医師名	

◆健診結果、年月日、担当者名を  
ご記入ください。

医療機関記入箇所

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

上記のとおり ( ) と費用を請求します。

令和 年 月 日

記入不要です

(あて先) 松江市長 委託医療機関の  
住所・名称・氏名

- (注) 1. 乳児一般健康診査を受けるときは、この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. この票は本人以外は使用できません。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し出ください。