

熊本市妊婦健康診査事業実施要綱

制定 平成21年4月1日子ども未来局長決裁
改正 平成23年1月1日子ども未来局長決裁
平成23年4月1日子ども未来局長決裁
平成24年9月1日健康福祉子ども局長決裁
平成27年4月1日健康福祉子ども局長決裁
令和2年4月1日健康福祉局長決裁
令和4年3月16日健康福祉局長決裁
令和5年3月28日健康福祉局長決裁

(目的)

第1条 この要綱は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条の規定に基づき、妊婦に対する健康診査（以下「妊婦健診」という。）を実施することにより、妊婦の保健管理の向上を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 対象者は、本市に居住している妊婦であって、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき、本市の住民基本台帳に記録されているものとする。

(妊婦健診の実施)

第3条 本市が実施する妊婦健診の種類及び内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 妊婦一般健康診査 別表に定める内容
- (2) 妊婦精密健康診査 妊婦一般健康診査の結果、妊娠高血圧症候群など妊娠又は出産に直接支障を及ぼす疾病の疑いがある妊婦に対し、必要に応じて行う妊婦一般健康診査以外の検査

2 前項に規定する妊婦健診を受診できる回数は、次の各号に定めるとおりとする。

- (1) 妊婦一般健康診査 妊娠届出時の妊娠週数に応じて1人につき14回以内
- (2) 妊婦精密健康診査 必要に応じ1人につき1回

(受診票の交付)

第4条 市長は、対象者等が母子保健法第15条の規定に基づく妊娠の届出をし、親子（母子）健康手帳を交付する際に、併せて妊娠週数に応じた妊婦健康診査受診票（様式第1号から様式第14号まで）及び妊婦精密健康診査受診票（様式第15号）を交付するものとする。

(受診方法)

第5条 妊婦健診は、市長が妊婦健診業務を委託した医療機関等（以下「委託医療機関等」という。）に対し、対象者が親子（母子）健康手帳及び前条に規定する妊婦健康診査受診票又は妊婦精密健康診査受診票（以下「妊婦健診受診票」と総称する。）を提出することにより行うものとする。ただし、里帰り出産等により熊本県外の医療機関等で妊婦健診（次条において「里帰り健診等」という。）を受診しようとする場合は、この限りでない。

(実施結果の報告)

第6条 委託医療機関等は、妊婦健診の完了後、親子（母子）健康手帳及び妊婦健診受診票に必要事項を記入し、市長に対して実施結果を毎月報告するものとする。

(償還払い)

第7条 市長は、第5条ただし書に規定する里帰り健診等を受診した対象者に対し、妊婦健診に要した費用（以下「妊婦健診費用」という。）の全部又は一部を、対象者の申請に基づき支給することができる。

2 前項の妊婦健診費用の申請及び支給方法等については、市長が別に定める。

(事後指導)

第8条 市長は、妊婦健診の受診者に対し、委託医療機関等から送付された妊婦健診受診票に基づき、必要な事後指導を行うものとする。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この要綱の施行日前に、熊本市妊婦健康診査実施要領の規定により、妊婦一般健康審査受診票（以下「妊婦健診受診票」という。）の交付を受けた者であって、平成21年1月27日において分娩を行っていないものが本市に申請を行った場合は、市長は、申請時の妊娠週数に応じて9回以内の妊婦健診受診票を追加交付するものとする。
- 3 市長は、前項の規定により妊婦健診受診票の追加交付を受けた者が、平成21年1月27日から妊婦健診受診票を追加交付されるまでの間において、妊婦健診を受診しているときは、その健診費用について第6条の規定を準用し、支給することができる。

附 則

この要綱は、平成23年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年9月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この要綱による改正前の妊婦一般健康診査受診票（以下、「旧受診票」という。）の交付を受けた者が、旧受診票を提出して妊婦健診を受ける場合の検査項目は、この要綱による改正前の別表に規定する検査項目とする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この要綱による改正前の妊婦一般健康診査受診票（以下、「旧受診票」という。）の交付を受けた者は、旧受診票様式第9号は様式第10号、旧受診票様式第10号は様式第9号と読み替えて使用するものとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。
(経過措置)
- 2 この要綱の施行後は、別表の規定を適用し、令和4年4月1日前に妊婦一般健康診査受診票の交付を受けた者に対しても同様に適用する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

別表（第3条関係）

回数	週数	検査項目
初回	～11	健康状態の把握、定期検査、保健指導、血液型（ABO血液型・Rh血液型・不規則抗体）、血算（貧血）、血糖、B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、梅毒血清反応検査、子宮頸がん検査（細胞診）、HIV抗体価検査、風疹ウイルス抗体価検査、HTLV-1（成人T細胞白血病ウイルス）抗体検査 クラミジア抗原検査（クラミジアトラコマチス核酸同定検査） 膣分泌物細菌検査
2回	12～15	健康状態の把握、定期検査、保健指導
3回	16～19	健康状態の把握、定期検査、保健指導、超音波
4回	20～23	健康状態の把握、定期検査、保健指導、超音波
5回	24～35	健康状態の把握、定期検査、保健指導
6回		健康状態の把握、定期検査、保健指導、超音波
7回		健康状態の把握、定期検査、保健指導
8回		健康状態の把握、定期検査、保健指導、血算（貧血）、血糖
9回		健康状態の把握、定期検査、保健指導
10回		健康状態の把握、定期検査、保健指導、GBS
11回	36	健康状態の把握、定期検査、保健指導、血算（貧血）
12回	37	健康状態の把握、定期検査、保健指導、超音波
13回	38	健康状態の把握、定期検査、保健指導
14回	39～	健康状態の把握、定期検査、保健指導

(様式1) (医療費請求用) 健診終了後、診察日の翌月7日までに、妊婦の住所を
管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診票交付番号をご記入ください

記入例 0123456789	番号								
妊婦氏名									
生年月日 (西暦) 年 月 日 () 歳									
住所 熊本市 校区 TEL									
01 予定日 年 月 日 週数 週									
上記妊婦について下記の検査を依頼します。 医療機関長様 熊本市長									
検査 所見	風疹	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 未実施	HIV抗体	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施		
	子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要精密検査	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 未実施				
	クラミジア 抗原検査	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	<input type="checkbox"/> 未実施					
	HCV抗体	<input type="checkbox"/> 高力価	<input type="checkbox"/> 中力価	<input type="checkbox"/> 低力価	<input type="checkbox"/> 陰性				
	HBs抗原	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性	梅毒検査	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性			
	尿蛋白	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +以上	尿糖	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性		
	血圧		/		mmHg	<input type="checkbox"/> 貧血あり			
	ヘモグロビン				g/dl	HTLV-1抗体検査	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施	
グルコース				mg/dl	食後経過時間	<input type="checkbox"/> 空腹時	<input type="checkbox"/> 随時		
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要指導	<input type="checkbox"/> 要治療	検査結果によって判定が異なる場合は、重い方の判定を1つだけ書いてください。					
区分 検査	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要治療	(BVスコア	点)					
上記のとおり検査を実施しました。									
健診日 20 年 月 日 医療機関コード									
医療機関名称 43									
所在地									
氏名 印 熊本市長 様									

太線枠内は本人が記入してください
健診票記載時には、下向きをご利用ください

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず熊本市内の医療機関に提出してください。
2. この票は、本人以外には使用できません。
3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で産婦健診を受診された場合、県外の医療機関が記入してください。

上記検査に要した額は 円です。

(様式2) (医療費請求用) 健診終了後、診療日の翌月7日までに、妊婦の住所を
管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診券交付番号をご記入ください

記入例

該当欄にレ点をつけてください 0123456789

番号

太線枠内は本人が記入してください
下敷きをご利用ください

妊婦氏名					
生年月日	(西暦)	年	月	日	() 歳
住所	熊本市	校区	TEL		
02	上記妊婦について下記の検査を依頼します。				
	医療機関長様		熊本市長		
予定日	年	月	日	週	数
検査所見	血圧	/	mmHg	尿蛋白 (- ・ 土 ・ + 以上) 尿糖 (陰性 ・ 陽性)	
	保健指導 (内容)	指導項目について○を記入し、内容をご記載ください。			
	1. 流・早産の予防 ()				
	2. 食生活について ()				
	3. 妊娠中の生活について ()				
	4. 母乳について ()				
	5. 出産の準備等について ()				
	6. その他 ()				
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要指導	<input type="checkbox"/> 要治療	検査結果によって判定が異なる場合は、重い方の判定を1つだけ書いてください。	
区役所保健子ども課への指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
上記のとおり検査を実施しました。					
健診日	20	年	月	日	医療機関コード
医療機関名称	43				
所在地					
氏名	印				
熊本市長	様				

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず定められた熊本県内の医療機関にご提示ください。
2. この票は、本人以外には使用できません。
3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で記入してください。

上記検査に要した額は _____ 円です。

(様式4) (医療費請求用) 健診終了後、診療日の翌月7日までに、妊婦の住所を管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診票交付番号をご記入ください

記入例		該当欄にレ点をつけてください		0123456789		番号															
妊婦氏名																					
生年月日		(西暦)					年			月			日	()	歳						
住所		熊本市				校区				TEL											
04		予定日				年				月				日		週数				週	
超音波含		上記妊婦について下記の検査を依頼します。 医療機関長様 熊本市長																			
検査所見																					
		尿 蛋 白		<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> ±		<input type="checkbox"/> +		以上		尿糖		<input type="checkbox"/> 陰性		<input type="checkbox"/> 陽性					
		血 圧				/				mmHg											
		超音波検査		<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施																	
判定		<input type="checkbox"/> 異常なし		<input type="checkbox"/> 要指導		<input type="checkbox"/> 要治療		検査結果によって判定が異なる場合は、重い方の判定を1つだけ書いてください。													
区役所保健子ども課への表示		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()																			
上記のとおり検査を実施しました。																					
健診日		20				年				月				日		医療機関コード					
医療機関名称						43															
所在地																					
氏名																					
熊本市長 様		印																			

太線枠内は本人が記入してください
健診票記載時には、下敷きをご利用ください

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず定められた原本票内の医療機関にご提示ください。
2. この票は、本人以外には使用できません。
3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で記入してください。

上記検査に要した額は _____ 円です。

(様式5) (医療費請求用) 健診終了後、診療日の翌月7日までに、妊婦の住所を
管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診票交付番号をご記入ください

記入例
 該当欄にシ点を付けてください 0123456789 番号

太線枠内は本人が記入してください
 健診票記載時には、下敷きをご利用ください

妊婦氏名 _____
 生年月日 (西暦) _____年 _____月 _____日 () 歳
 住所 熊本市 _____ 校区 _____ TEL _____

05 予定日 _____年 _____月 _____日 週数 _____週

上記妊婦について下記の検査を依頼します。

医療機関長様

熊本市長

検査所見	尿 蛋 白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +以上	尿糖	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
	血 圧	_____ / _____	mmHg	

判定 異常なし 要指導 要治療 検査結果によって判定が異なる場合は、重い方の判定を1つだけ書いてください。

区役所保健子ども課への提示 なし あり ()

上記のとおり検査を実施しました。

健診日 20 _____年 _____月 _____日 医療機関コード _____

医療機関名称 _____

所在地 _____
 氏 名 _____



熊本市長 様

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず定められた熊本県内の医療機関にご提示ください。
 2. この票は、本人以外には使用できません。
 3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で記入してください。
 上記検査に要した額は _____ 円です。

(様式6) (医療費請求用) 健診終了後、診療日の翌月7日までに、妊婦の住所を管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診券交付番号をご記入ください

記入例

該当欄にシ点を付けてください 0123456789

番号

太線枠内は本人が記入してください
健診票記載時には、下敷きをご利用ください

妊婦氏名										
生年月日	(西暦)	□□□□	年	□□	月	□□	日	()	歳	
住所	熊本市			校区	TEL					
06	上記妊婦について下記の検査を依頼します。									
超音波含	医療機関長様				熊本市長					
予定日	年 月 日			週 数		週				
検査所見	血圧	□□□□	/	□□□□	mmHg					
	尿蛋白	(- ・ 土 ・ + 以上)			尿糖	(陰性 ・ 陽性)				
	指導項目について○を記入し、内容をご記載ください。									
保健指導(内容)	1. 流・早産の予防 ()									
	2. 食生活について ()									
	3. 妊娠中の生活について ()									
	4. 母乳について ()									
	5. 出産の準備等について ()									
	6. その他 ()									
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要治療			検査結果によって判定が異なる場合は、重い方の判定を1つだけ書いてください。						
区役所保健子ども課への指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()									
上記のとおり検査を実施しました。										
健診日	20	□□	年	□□	月	□□	日	医療機関コード		
医療機関名称				4	3	□□□□□□□□				
所在地										
氏名	(印)									
熊本市長	様									

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず定められた熊本県内の医療機関にご提示ください。
2. この票は、本人以外には使用できません。
3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で記入してください。

上記検査に要した額は _____ 円です。

(様式7) (医療費請求用) 健診終了後、診療日の翌月7日までに、妊婦の住所を管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診券交付番号をご記入ください

記入例

該当欄にレ点をつけてください 0123+56789

番号																				
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

太線枠内は本人が記入してください
下敷きをご利用ください

妊婦氏名																													
生年月日	(西暦)					年			月			日	()	歳															
住所	熊本市										校区	TEL																	

07	上記妊婦について下記の検査を依頼します。																		
医療機関長様																			
熊本市長																			

予定日	年 月 日						週数	週												
-----	-------	--	--	--	--	--	----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

検査所見	血圧				/				mmHg										
	尿蛋白	(- ・ ± ・ + 以上)							尿糖	(陰性 ・ 陽性)									

検査所見	指導項目について○を記入し、内容をご記載ください。																		
	保健指導	1. 流・早産の予防 ()																	
	(内容)	2. 食生活について ()																	
		3. 妊娠中の生活について ()																	
		4. 母乳について ()																	
		5. 出産の準備等について ()																	
		6. その他 ()																	

判定	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要指導	<input type="checkbox"/> 要治療	検査結果によって判定が異なる場合は、重い方の判定を1つだけ書いてください。															
----	-------------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

区役所保健子ども課への指示	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
---------------	-----------------------------	---------------------------------

上記のとおり検査を実施しました。

健診日 20 年 月 日

医療機関名称

所在地 氏名 印

熊本市長 様

(注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず定められた熊本県内の医療機関にご提示ください。
 2. この票は、本人以外には使用できません。
 3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で記入してください。
 上記検査に要した額は _____ 円です。

(様式8) (医療費請求用) 健診終了後、診療日の翌月7日までに、妊婦の住所を管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診票交付番号をご記入ください

記入例
 該当欄にレ点をつけてください 0123+56789 番号

太線枠内は本人が記入してください
 健診票記載時には、下敷きをご利用ください

妊婦氏名			
生年月日	(西暦) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 ()歳		
住所	熊本市	校区	TEL

08	予定日	年 月 日	週数	週
上記妊婦について下記の検査を依頼します。 医療機関長様 熊本市長				

検査 所見	尿 蛋 白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> +以上	尿糖	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
	血 圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	<input type="checkbox"/> 貧血あり	
	ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> g/dl		
	グルコース	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dl	食後経過時間	<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 随時
	判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要治療		
	区役所保健子ども課への指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		

上記のとおり検査を実施しました。

健診日 20 年 月 日 医療機関コード

医療機関名称 43

所在地
氏名

印

熊本市長 様

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず定められた熊本県内の医療機関にご提示ください。
 2. この票は、本人以外には使用できません。
 3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で記入してください。

上記検査に要した額は _____ 円です。

(様式10) (医療費請求用) 健診終了後、診療日の翌月7日までに、妊婦の住所を管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診券交付番号をご記入ください

記入例

該当欄にレ点をつけてください 0123456789

番号

太線枠内は本人が記入してください
下敷きをご利用ください

妊婦氏名							
生年月日	(西暦)			年			日 () 歳
住所	熊本市			校区	TEL		
10	GBS	上記妊婦について下記の検査を依頼します。					熊本市長
予定日	年 月 日			週 数	週		
検査所見	血圧			/			mmHg
	GBS	<input type="checkbox"/>	陰性	<input type="checkbox"/>	陽性	<input type="checkbox"/>	未実施
	尿蛋白	(- ・ ± ・ + 以上)			尿糖	(陰性 ・ 陽性)	
保健指導(内容)	指導項目について○を記入し、内容をご記載ください。 1. 流・早産の予防 () 2. 食生活について () 3. 妊娠中の生活について () 4. 母乳について () 5. 出産の準備等について () 6. その他 ()						
判定	<input type="checkbox"/>	異常なし	<input type="checkbox"/>	要指導	<input type="checkbox"/>	要治療	検査結果によって判定が異なる場合は、重い方の判定を1つだけ書いてください。
区役所保健子ども課への指示	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり ()			
上記のとおり検査を実施しました。							
医療機関名称	健診日	20		年			日
所在地	医療機関コード						
氏名	4	3					
	印 熊本市長 様						

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず定められた熊本県内の医療機関にご提示ください。
2. この票は、本人以外には使用できません。
3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で記入してください。

上記検査に要した額は _____ 円です。

(様式13) (医療費請求用) 健診終了後、診療日の翌月7日までに、妊婦の住所を管轄する区役所保健子ども課に提出してください。

妊婦健康診査受診票 (下記に記載する検査の費用を公費で負担します。)

受診券交付番号をご記入ください

記入例

該当欄にシ点を付けてください 0123+56789

番号

太線枠内は本人が記入してください
健診票記載時には、下敷きをご利用ください

妊婦氏名					
生年月日	(西暦)	年	月	日	() 歳
住所	熊本市	校区	TEL		
1 3	上記妊婦について下記の検査を依頼します。				
医療機関長様			熊本市長		
予定日	年	月	日	週数	週
検査所見	血圧	mmHg	尿蛋白 (- ・ 土 ・ + 以上) 尿糖 (陰性 ・ 陽性)		
	保健指導 (内容)	指導項目について○を記入し、内容をご記載ください。 1. 流・早産の予防 () 2. 食生活について () 3. 妊娠中の生活について () 4. 母乳について () 5. 出産の準備等について () 6. その他 ()			
判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要治療		検査結果によって判定が異なる場合は、重い方の判定を1つだけ書いてください。		
区役所保健子ども課への指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
上記のとおり検査を実施しました。					
健診日	20	年	月	日	医療機関コード
医療機関名称	4 3				
所在地					
氏名	印				
熊本市長	様				

- (注) 1. 妊婦一般健康診査を受けるときは、この票を必ず定められた熊本県内の医療機関にご提示ください。
 2. この票は、本人以外には使用できません。
 3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で記入してください。

上記検査に要した額は _____ 円です。

妊婦精密健康診査受診票

親子健康手帳
交付番号

健診票記載時には、
下敷きをご利用ください

妊婦氏名		年 月 日(歳)
住所	熊本市	分娩予定日 年 月 日
	校区	TEL

上記妊婦の精密健康診査を依頼します。

年 月 日

熊本市長

医療機関長 様

(採用点数甲、乙表)

妊婦精密検査(請求)内容	点数	その精密検査が必要な理由
心電図検査		
肝機能検査		
腎機能検査		
血液理化学検査(貧血)		
超音波検査		
血球検査		
胎児胎盤機能検査		
尿化学検査		
その他		
		《所見又は今後必要な処置》 1. 異常なし 2. 要再検査 3. 要治療 (病名)
計		年 月 日
社会保険等負担分		担当医師名
差引請求分		

印

妊婦精密健康診査費請求書

金 円

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

医療機関の名称

所在地

氏名

熊本市長 様

印

- (注)
1. 妊婦精密健康診査を受けるときは、この票及び保険証、親子健康手帳を必ず定められた医療機関にご提出ください。
 2. この票で妊婦精密健康診査を受けるときは、保険以外の費用は公費で負担されます。
 3. この票は、1人1回限りで本人以外は使用できません。
 4. この票は、県外の医療機関では使用できません。
 5. この票は、市外に転出された方は使用できません。
 6. 妊娠中、精密健康診査が必要でなかった場合、この票は廃棄してください。