

<受診券が利用できない医療機関・助産所で受診される方へ>

受診券が利用できない医療機関や助産所で受診される方は、受診券の結果票への記載を受診先をお願いしてください。

※助産所で受診する場合は、受診前に助産施設妊婦一般健康診査補助券との交換手続きをしてください。



記入例

新生児聴覚検査結果票

(使用期限) 生後28日以内
No. 00001

三原市
保険者番号 8:6:3:4:0:0:4:9

新生児聴覚検査結果票

フリガナ (左詰め)	
乳児氏名	年 月 日生
住 所	三原市
フリガナ (左詰め)	
母の氏名	年 月 日生

検査の所見又は今後必要な処置

出生児体重	g
初回検査 (自動ABR)	検査日 20 年 月 日
	右耳 パス・要再検 左耳 パス・要再検
確認検査 (自動ABR)	検査日 20 年 月 日
	右耳 パス・要再検 左耳 パス・要再検

精密医療機関名
連絡事項 要訪問・要精密 ()

三原市長様
医療機関コード _____
保険医療機関等の所在地及び名称 _____
担当医氏名 _____

[赤い太枠内は本人記入]

太枠：本人又は保護者が記入。

医療機関が記入。
検査項目・所見・検査の結果・医療機関名や医療機関コードを記入・押印してもらってください。

記入例

妊婦一般健康診査結果票

No. 00001

三原市
保険者番号 8:8:3:4:0:0:4:7

第6回 妊婦一般健康診査結果票 (妊娠26週前後)

フリガナ (左詰め)	
妊婦氏名	年 月 日生
受診年月日	20 年 月 日 妊娠週数 週
住 所	

検査項目 (下記の内、必要な項目)

(1) 問診・診察及び保健指導	(2) 尿化学検査
(3) 血算検査	(4) 血糖検査
(5) B群溶血性レンサ球菌 (GBS)	(6) 超音波検査
(7) 医師が必要と認めた検査 []	

所 見 (該当するものにチェックをつけてください)

<input type="checkbox"/> 異常なし	
<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 尿たん白 <input type="checkbox"/> 貧血
<input type="checkbox"/> 要精密	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 要治療	

連絡事項 要訪問・精密検査 (未・済)・要入院 (日程度)

三原市長様
医療機関コード _____
保険医療機関等の所在地及び名称 _____
担当医氏名 _____

[赤い太枠内は本人記入]