様式１の１　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○（市町村）妊婦一般健康診査受診票（医療機関用）（第1回標準受診時期：妊娠８週前後）　この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | HBs抗原 | （－）・（＋） |
| HCV抗体 | （－）・（＋） |
| HTLV-1抗体 | （－）・（＋） |
| 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本① |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　　様式１の２　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠８週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、この受診票及び母子健康手帳を○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。(1)　問診及び診察(2)　血圧測定・体重測定(3)　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）(4)　血液学的検査（末梢血液一般検査）(5)　生化学検査（グルコース）(6)　免疫学的検査（ABO血液型・Rｈ血液型、不規則抗体、梅毒血清反応、HIV抗体価検査、風疹ウイルス抗体価検査、トキソプラズマ抗体検査、Ｂ型肝炎抗原検査、Ｃ型肝炎抗体検査、HTLV-1抗体検査）　(7)　子宮頸がん検診(8)　性器クラミジア検査(9)　細菌性膣症検査　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式1の3　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第2回標準受診時期：妊娠12週前後）　この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本② |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の４　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠12週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。　　この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の５　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第3回標準受診時期：妊娠16週前後）　この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧ください　R2・基本③ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　　様式１の６　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠16週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。　　この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の７　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第4回標準受診時期：妊娠20週前後）　この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧ください　R2・基本④　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　　様式１の８　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠20週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の９　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関用）（第5回標準受診時期：妊娠24週前後）　この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑤ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　　様式１の10　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠24週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）⑷　血液学的検査（末梢血液一般検査）⑸　常用負荷試験50gGCT法（血糖）　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の11　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第6回標準受診時期：妊娠26週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑥ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の12　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠26週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の13　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第7回標準受診時期：妊娠28週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑦ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の14　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠28週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式1の15　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第8回標準受診時期：妊娠30週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑧ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　　　　様式１の16　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠30週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。　　この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の17　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第9回標準受診時期：妊娠32週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑨ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　　　　様式１の18　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠32週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の19　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第10回標準受診時期：妊娠34週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑩ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の20　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠34週前後まですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）⑷　ノンストレステスト　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。　　この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の21　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関用）（第11回標準受診時期：妊娠36週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑪ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　　　様式１の22　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠36週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）⑷　血液学的検査（末梢血液一般検査）　　　⑸　Ｂ群溶血性レンサ球菌（ＧＢＳ）検査　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。　　この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の23妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第12回標準受診時期：妊娠37週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　R2・基本⑫ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　様式１の24　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠37週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）⑷　ノンストレステスト　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。　　　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　様式１の25　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第13回標準受診時期：妊娠38週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑬ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の26　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠38週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）⑷　ノンストレステスト　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。　　　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　様式１の27　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（医療機関・助産所用）（第14回標準受診時期：妊娠39週前後）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧くださいR2・基本⑭ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式１の28　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票による標準受診時期は、妊娠39週前後までですが，この時期以外であっても市町村が必要に応じて交付した場合は標準受診時期にかかわらず，この受診票に基づく健診を受けることができます。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　問診及び診察⑵　血圧測定・体重測定⑶　尿検査（尿中一般物質定性半定量検査）⑷　ノンストレステスト　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。　　　　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式２の１　妊婦一般健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村妊婦一般健康診査受診票（超音波検査・　回目）（医療機関・助産所用）この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 妊婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 分娩予定日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要精密健診3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　R2・超音波○ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　　様式２の２　妊婦一般健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。3　この受診票により、公費負担となる検査項目は、超音波検査です。1. この受診票のみの使用はできません。第1回～第14回の妊婦一般健康診査受診票と必ず一緒に使用してください。

5　この受診票を使用し受診しても、上記項目及び同時に使用する妊婦一般健康診査受診票に記載された項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

様式３の１　産婦健康診査受診票（おもて）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市町村産婦健康診査受診票（医療機関・助産所用）　第　回　産後（２週・１ヶ月）前後この受診票を使用できるのは、○○市町村内に住民票のある方です。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 産婦氏名 |  |
| 生年月日平成昭和 | 年　　月　　日生（　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 電話番号 | ‐　　　　　　‐ |
| 妊娠届出日 | 年　 月　 日 | 出生届出日 | 年　 月　 日 |

健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 健康診査年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診査結果 | 1 異常なし2 要支援3 要治療 | 健診結果が2,3の場合の所見 |
|  |
| 実施委託機関名担当医師・助産師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

　※裏面もご覧ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　R2・産婦 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版

　様式3の1　産婦健康診査受診票（うら）

|  |
| --- |
| 　　1　この受診票1枚につき1回受診することができます。2　この受診票は、産後2週前後と1ヶ月前後の検診で使用できます。受診回数（1回又は2回）については、医師又は助産師の指示を受けてください。3　太枠内を記入し、○○市町村が健診を委託した産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。4　この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。⑴　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）⑵　診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）⑶　血圧測定・体重測定⑷　尿検査（蛋白・糖）⑸　産婦の精神状況に応じて、ツールを用いた客観的なアセ　スメントを行うこと　※医師の判断により、不要となる検査があります。5　この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。【医療機関・助産所の方へ】この受診票を使用できるのは、○○市町村内にお住まいの方（住民票のある方）です。○○市町村を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。　健診項目(1)～(5)の結果を総合的に判断し、要支援・治療となった場合は、産婦の同意を得た上で、速やかに市町村に電話連絡するとともに、「産婦健康診査結果市町村連絡票」を提出してください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ６版