

鹿屋市告示第 160 号

鹿屋市妊産婦・乳幼児健康診査事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定めた。

令和 8 年 4 月 1 日

鹿屋市長 郷 原 拓 男

令和 8 年 4 月 1 日 決 裁

鹿屋市妊産婦・乳幼児健康診査事業実施要綱の一部を改正する要綱

鹿屋市妊産婦・乳幼児健康診査事業実施要綱（平成18年鹿屋市告示第103号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式から別記第15様式までを次のように改める。

別記

第1号様式（第3条関係）

市町村コード

鹿 屋 市

1 回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠初期

A票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)	
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番号)			
分娩予定日	年 月 日	健診時妊娠満 週		
下記の検査項目について検査希望の有・無を○で囲んでください。				
B型肝炎抗原検査を希望しますか		希望する ・ 希望しない		
C型肝炎抗体検査を希望しますか		希望する ・ 希望しない		
H I V抗体検査を希望しますか		希望する ・ 希望しない		
H T L V - 1抗体検査を希望しますか		希望する ・ 希望しない		
治療中 経過観察中の病気 ()				
検 査 所 見 等	血 圧	～ mm/Hg		
	体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
	身 長	cm		
	尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
	◎胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
	血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
	血 液 型	A ・ B ・ A B ・ O R H + ・ -		
		不規則抗体 + ・ -		
	血 色 素	g/dl		
	血 糖	mg/dl		
	梅 毒 血 清 反 応	- ・ + ・ 精検不要 ・ 要精(再)検		
	H B s 抗 原	- ・ +		
	H C V 抗 体	- ・ +	子宮頸ガン細胞診	精検不要・要精検・判定不能(要精検)
	トキソプラズマ抗体	- ・ +	H I V 抗 体	精検不要・要再(精)検
風 疹 ウ イ ル ス 抗 体	- ・ + () 倍 予防接種要相談・ 免疫あり・要精検	H T L V - 1 抗 体	- ・ +	

診察所見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫（±・＋・＋＋） ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 その他〔 〕
市町村への	1 なし 2 要訪問 3 その他〔 〕
委託医療機関 所在地 医療機関名 医師氏名 健診実施日 年 月 日	

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で左記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。
- 3 この受診票の補助金額には、超音波検査相当額が含まれています。
- 4 B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、H I V抗体検査、H T L V－1抗体検査については、必ず希望の有無を確認してください。

市町村コード		
--------	--	--

鹿 屋 市

1 回目

交付番号
年度

妊婦健康診査受診票 妊娠初期 B 票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)	
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番号)			
分娩予定日	年 月 日	健診時妊娠満 週		
下記の検査項目について検査希望の有・無を○で囲んでください。				
B 型肝炎抗原検査を希望しますか		希望する ・ 希望しない		
C 型肝炎抗体検査を希望しますか		希望する ・ 希望しない		
H I V 抗体検査を希望しますか		希望する ・ 希望しない		
H T L V - 1 抗体検査を希望しますか		希望する ・ 希望しない		
治療中 経過観察中の病気 ()				
検 査 所 見 等	血 圧	～ mm/Hg		
	体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
	身 長	cm		
	尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
	◎胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
	血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
	血 液 型	A ・ B ・ A B ・ O R H + ・ -		
		不規則抗体 + ・ -		
	血 色 素	g/dl		
	血 糖	mg/dl		
	梅 毒 血 清 反 応	- ・ + ・ 精検不要 ・ 要精(再)検		
	H B s 抗 原	- ・ +		
	H C V 抗 体	- ・ +	子宮頸ガン細胞診	精検不要・要精検・ 判定不能(要精検)
	トキソプラズマ抗体	- ・ +	H I V 抗 体	精検不要・要再(精)検
	風 疹 ウ イ ル ス 抗 体	- ・ + () 倍 予防接種要相談・ 免疫あり・要精検	H T L V - 1 抗体	- ・ +

診察所見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫（±・＋・＋＋） ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 その他〔 〕
連 市 絡 町 事 村 項 への の	1 なし 2 要訪問 3 その他〔 〕
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日	

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で左記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。
- 3 この受診票の補助金額には、超音波検査相当額が含まれています。
- 4 B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、H I V抗体検査、H T L V－1抗体検査については、必ず希望の有無を確認してください。

第2号様式（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

2 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠12週頃

A票

妊 婦 氏 名		年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)	
分 娩 予 定 日		年 月 日	健診時妊娠満 週
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価 検 査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 {		
	1 なし { 2 要訪問 3 その他 {		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

2 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠12週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

第3号様式（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

3 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠16週頃

A 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧		～ mm/Hg	
		体 重		. kg (妊娠前体重 . kg)	
		尿 検 査		蛋白 () ・ 糖 ()	
		血 液 検 査		検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳	
		○胎児発育評価検査		異常所見 なし ・ あり ()	
		糖 負 荷 検 査		実施 ・ 未実施	
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし				
	2 要訪問				
	3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

3 回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠16週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静・入院) 内服薬(有・無) (薬有・無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1	なし			
	2	要訪問			
	3	その他 []			
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

第4号様式（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

4 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠20週頃

A票

妊 婦 氏 名		年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)	
分 娩 予 定 日		年 月 日	健診時妊娠満 週
検 査 所 見	基本健診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		◎胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
連 絡 事 項	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。
- この受診票の補助金額には、超音波検査相当額が含まれています。

市町村コード

鹿 屋 市

4 回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠20週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし・空腹時・随時・不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1	なし			
	2	要訪問			
	3	その他 []			
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。
- この受診票の補助金額には、超音波検査相当額が含まれています。

第5号様式（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

5 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠24週頃

A票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし		
	2 要訪問		
	3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

5 回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠24週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)		
居 住 地		市 町 村 番地 (号) (電話番)				
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週		
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg			
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)			
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()			
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳			
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()			
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施			
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) (内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []					
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []					
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日						

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

第6号関係（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

6 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠26週頃

A票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
		性 器 ク ラ ミ ジ ア	－ ・ ＋
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

6 回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠26週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基本健診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
		性 器 ク ラ ミ ジ ア	－ ・ ＋		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

第7号様式（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

7 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠28週頃

A 票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

7 回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠28週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

第8号様式（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

8 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠30週頃

A 票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
	血 色 素	g/dl	
		血 糖	mg/dl 最終飲食 約 時間前
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の			
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。
- 3 この受診票の補助金額には、超音波検査相当額が含まれています。

市町村コード

鹿 屋 市

8 回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠30週頃

B 票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
		血 色 素	g/dl
	血 糖	mg/dl 最終飲食 約 時間前	
診 察 所 見	1 異常なし		
	2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無)		
	その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし		
	2 要訪問		
	3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。
- 3 この受診票の補助金額には、超音波検査相当額が含まれています。

第9号様式（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

9 回 目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠32週頃

A 票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

9 回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠32週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) (内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

第10号様式（第3条関係）

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

10回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠34週頃

A票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
		B 群溶血性レンサ球菌	－ ・ ＋
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

10回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠34週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基本 健診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
		B 群溶血性レンサ球菌	－ ・ ＋		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ ＋ ・ ＋＋) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

11回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠36週頃

A票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		◎胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
		血 色 素	g/dl
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。
- この受診票の補助金額には、超音波検査相当額が含まれています。

市町村コード

鹿 屋 市

11回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠36週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基本健診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		◎胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
		血 色 素	g/dl		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静・入院) 内服薬(有・無) (薬有・無) その他 []				
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし				
	2 要訪問				
	3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。
- 3 この受診票の補助金額には、超音波検査相当額が含まれています。

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

12回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠37週頃

A票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

12回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠37週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静・入院) 内服薬(有・無) (薬有・無) その他 []				
連 市 町 村 へ の 絡 事 項	1 なし 2 要訪問 3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

13回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠38週頃

A票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

13回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠38週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬(有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []				
連 市 町 村 へ の 絡 事 項	1 なし 2 要訪問 3 その他 []				
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

【実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出】

市町村コード

鹿 屋 市

14回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠39週頃

A票

妊 婦 氏 名			年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村 番地 (電話番 号)		
分 娩 予 定 日	年 月 日	健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静 ・ 入院) 内服薬 (有 ・ 無) (薬有 ・ 無) その他 []		
連 絡 事 項 市 町 村 へ の	1 なし 2 要訪問 3 その他 []		
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診実施日 年 月 日			

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード

鹿 屋 市

14回目

交付番号

年度

妊婦健康診査受診票

妊娠39週頃

B 票

妊 婦 氏 名				年 月 日生 (歳)	
居 住 地		市 町 村 番地 (電話番 号)			
分 娩 予 定 日		年 月 日		健診時妊娠満 週	
検 査 所 見	基 本 健 診	血 圧	～ mm/Hg		
		体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)		
		尿 検 査	蛋白 () ・ 糖 ()		
		血 液 検 査	検査なし ・ 空腹時 ・ 随時 ・ 不詳		
		○胎児発育評価検査	異常所見 なし ・ あり ()		
		糖 負 荷 検 査	実施 ・ 未実施		
診 察 所 見	1 異常なし 2 所見あり 貧血 ・ 浮腫 ・ 切迫流早産 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 (± ・ + ・ ++) (安静・入院) 内服薬(有・無) (薬有・無) その他 []				
連 市 町 村 へ の 絡 事 項	1 なし				
	2 要訪問				
	3 その他 []				
委託医療機関					
所 在 地					
医療機関名					
医 師 氏 名					
健診実施日 年 月 日					

【妊婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの補助がありますが、妊婦さんの健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 妊婦の健康状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合は、事前に妊婦に十分な説明をした上で実施してください。

第15号様式（第3条関係）

市町村コード

鹿 屋 市

交付番号

年度

乳児健康診査受診票（9～11か月）

A票

乳児氏名			男・女	年	月	日生
居住地	市 町 村 (電話番号 号)					
保護者名					第	子
今までの病気 1 無 2 有 ()			現在の病気 1 無 2 有 ()			
問 診 事 項	1	ハイハイをしますか	はい ()	か月頃	・	いいえ
	2	つかまり立ちをしますか	はい ()	か月頃	・	いいえ
	3	つたい歩きをしますか	はい ()	か月頃	・	いいえ
	4	名前を呼ぶとふりむきますか			はい・	いいえ
	5	指で小さい物をつまみますか			はい・	いいえ
	6	引き出しや箱の中の物を取り出しますか			はい・	いいえ
	7	大人のまねをし、イナイイナイバーをしますか			はい・	いいえ
	8	両手にもったものを打ち合わせる、スプーンやくしなど道具をつかう「まね」をしますか			はい・	いいえ
	9	「ちょうだい」と言うと相手に物を差し出しますか			はい・	いいえ
	10	部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その方向をみますか			はい・	いいえ
	11	人見知りをしますか			はい・	いいえ
	12	けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか			ない・	ある
	13	睡眠時間が短い、夜泣きが続いている等ありますか			ない・	ある
	14	離乳食は順調にすすんでいますか			はい・	いいえ
	15	(現在 回食/日 朝： 時頃 昼： 時頃 夜： 時頃) 何か心配なこと、相談したいことがあれば書いてください []				
委託医療機関の名称						
			所在地			
			氏 名			
健診	年	月	日	実施		

計測値	身長	cm	体重	g	頭	囲	カウプ指数	
	パーセントイル		パーセントイル				cm	
診察所見	栄養 発育	1 普通 5 その他（ ）	2 体重増加不良	3 肥満	4 低身長			
	頭部	1 異常なし 5 その他（ ）	2 大	3 小	4 変形			
	顔	1 異常なし 4 その他（ ）	2 貧血様	3 乏しい表情				
	眼	1 異常なし 4 その他（ ）	2 斜視	3 白色瞳孔				
	口腔	1 異常なし 3 その他（ ）	2 口唇・口蓋裂					
	胸部	1 異常なし 4 その他（ ）	2 心雑音	3 ら音				
	腹部	1 異常なし 4 その他（ ）	2 腹部膨隆	3 臍ヘルニア				
	皮膚	1 異常なし 4 血管腫 5 その他（ ）	2 湿疹	3 アトピー性皮膚炎				
	陰部	1 異常なし 4 鼠径ヘルニア 5 その他（ ）	2 停留精巣	3 陰のう水腫				
	四肢	1 異常なし 3 その他（ ）	2 形態異常					
	筋緊張	1 異常なし 4 その他（ ）	2 亢進	3 低下				
	発達	1 異常なし 3 遅滞（ ）	2 遅れの疑い					
	判定	1 異常なし 4 要経過観察 6 要医療：病名（ ）	2 要指導 5 要精密（ ）	3 既医療	担当医師名			
	連絡事項	市町村への 1 なし 2 要訪問 3 その他（ ）						

市町村コード		
--------	--	--

鹿 屋 市

交付番号

年度

乳児健康診査受診票（9～11か月）

B 票

乳 児 氏 名		男・女	年	月	日生
居 住 地	市 町 村 (電話番号)				
保 護 者 名				第	子
今までの病気 1 無 2 有 ()		現在の病気 1 無 2 有 ()			

問 診 事 項	1	ハイハイをしますか	はい (か月頃) ・ いいえ
	2	つかまり立ちをしますか	はい (か月頃) ・ いいえ
	3	つたい歩きをしますか	はい (か月頃) ・ いいえ
	4	名前を呼ぶとふりむきますか	はい・いいえ
	5	指で小さい物をつまみますか	はい・いいえ
	6	引き出しや箱の中の物を取り出しますか	はい・いいえ
	7	大人のまねをし、イナイイナイバーをしますか	はい・いいえ
	8	両手にもったものを打ち合わせる、スプーンや くしなど道具をつかう「まね」をしますか	はい・いいえ
	9	「ちょうだい」と言うと相手に物を差し出しますか	はい・いいえ
	10	部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その 方向をみますか	はい・いいえ
	11	人見知りをしますか	はい・いいえ
	12	けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか	ない・ある
	13	睡眠時間が短い、夜泣きが続いている等ありますか	ない・ある
	14	離乳食は順調にすすんでいますか (現在 回食/日 朝： 時頃 昼： 時頃 夜： 時頃)	はい・いいえ
	15	何か心配なこと、相談したいことがあれば書いてください []	

委託医療機関の名称		所在地
		氏 名
健診	年 月 日実施	

(医療機関控)

測 値	身長 cm	体重 g	頭 囲	カ ウ プ 指 数
	パーセンタイル	パーセンタイル	cm	

診 察 所 見	栄養 発育	1 普通 5 その他（ ）	2 体重増加不良	3 肥満	4 低身長	
	頭部	1 異常なし 5 その他（ ）	2 大	3 小	4 変形	
	顔	1 異常なし 4 その他（ ）	2 貧血様	3 乏しい表情		
	眼	1 異常なし 4 その他（ ）	2 斜視	3 白色瞳孔		
	口腔	1 異常なし 3 その他（ ）	2 口唇・口蓋裂			
	胸部	1 異常なし 4 その他（ ）	2 心雑音	3 ら音		
	腹部	1 異常なし 4 その他（ ）	2 腹部膨隆	3 臍ヘルニア		
	皮膚	1 異常なし 4 血管腫 5 その他（ ）	2 湿疹	3 アトピー性皮膚炎		
	陰部	1 異常なし 4 鼠径ヘルニア 5 その他（ ）	2 停留精巣	3 陰のう水腫		
	四肢	1 異常なし 3 その他（ ）	2 形態異常			
	筋緊張	1 異常なし 4 その他（ ）	2 亢進	3 低下		
	発達	1 異常なし 3 遅滞（ ）	2 遅れの疑い			
	判 定	1 異常なし 4 要経過観察 6 要医療：病名（ ）	2 要指導 5 要精密（ ）	3 既医療	担当医師名	
	連絡事項	市町村への 1 なし 3 その他（ ）	2 要訪問			

市町村コード

鹿 屋 市

交付番号

年度

乳児健康診査受診票（9～11か月）

C票

乳 児 氏 名		男・女	年	月	日生
居 住 地	市 町 村 (電話番号)				
保 護 者 名				第	子
今までの病気 1 無 2 有 ()		現在の病気 1 無 2 有 ()			
問 診 事 項	1 ハイハイをしますか はい (か月頃) ・いいえ				
	2 つかまり立ちをしますか はい (か月頃) ・いいえ				
	3 つたい歩きをしますか はい (か月頃) ・いいえ				
	4 名前を呼ぶとふりむきますか はい・いいえ				
	5 指で小さい物をつまみますか はい・いいえ				
	6 引き出しや箱の中の物を取り出しますか はい・いいえ				
	7 大人のまねをし、イナイイナイバーをしますか はい・いいえ				
	8 両手にもったものを打ち合わせる、スプーンや くしなど道具をつかう「まね」をしますか はい・いいえ				
	9 「ちょうだい」と言うと相手に物を差し出しますか はい・いいえ				
	10 部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その 方向をみますか はい・いいえ				
	11 人見知りをしますか はい・いいえ				
	12 けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか ない・ある				
	13 睡眠時間が短い、夜泣きが続いている等ありますか ない・ある				
	14 離乳食は順調にすすんでいますか はい・いいえ				
	(現在 回食/日 朝： 時頃 昼： 時頃 夜： 時頃)				
15 何か心配なこと、相談したいことがあれば書いてください []					
委託医療機関の名称					
所在地 氏 名					
健診 年 月 日実施					

(本人控)

計測値	身長	cm	体重	g	頭	囲	カウプ指数
	パーセンタイル		パーセンタイル		cm		
診察所見	栄養 発育	1 普通 5 その他 ()	2 体重増加不良	3 肥満	4 低身長		
	頭部	1 異常なし 5 その他 ()	2 大	3 小	4 変形		
	顔	1 異常なし 4 その他 ()	2 貧血様	3 乏しい表情			
	眼	1 異常なし 4 その他 ()	2 斜視	3 白色瞳孔			
	口腔	1 異常なし 3 その他 ()	2 口唇・口蓋裂				
	胸部	1 異常なし 4 その他 ()	2 心雑音	3 ら音			
	腹部	1 異常なし 4 その他 ()	2 腹部膨隆	3 臍ヘルニア			
	皮膚	1 異常なし 4 血管腫 5 その他 ()	2 湿疹	3 アトピー性皮膚炎			
	陰部	1 異常なし 4 鼠径ヘルニア 5 その他 ()	2 停留精巣	3 陰のう水腫			
	四肢	1 異常なし 3 その他 ()	2 形態異常				
	筋緊張	1 異常なし 4 その他 ()	2 亢進	3 低下			
	発達	1 異常なし 3 遅滞 ()	2 遅れの疑い				
判定	1 異常なし 2 要指導 3 既医療 4 要経過観察 5 要精密 () 6 要医療：病名 ()					担当医師名	
連絡事項	1 なし 2 要訪問 3 その他 ()						

別記第15号の3様式及び別記15条の4様式を次のように改める。

第15条の3様式（第3条関係）

市町村コード					(実施報告書に添付 して県医師会又は 市町村へ提出)
交付番号					
			年度		
新生児聴覚検査受診（結果）票				初回	A票
フリガナ 母の氏名				S ・ H	年 月 日生 (歳)
居 住 地	市 町 村			番地	
				(電話)	
フリガナ 子の氏名	(決まっている場合)			年 月 日生	性別 【 男 ・ 女 】

※太枠内は保護者の方がご記入ください。

【検査所見】

初 回 検 査	検査日	年 月 日	検査機器	自動ABR ・ OAE
	右 耳	パス ・	要再検（リファー）	
	左 耳	パス ・	要再検（リファー）	

所見の判定

- 先天性サイトメガロウイルス感染症検査の実施（有・無）
- 要精密（ ） 紹介先：

市町村への連絡事項

- なし
- 要訪問
- その他（ ）

委託医療機関

所在地

医療機関名

医師氏名

【妊産婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの助成がありますが、助成対象の検査の種類や助成金額については、受診票発行の市町村へお問い合わせください。
- 検査費については、医療機関窓口にお問い合わせください。

【医療機関の皆様へ】

- 受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。

市町村コード

〔医療機関控〕

交付番号

年度

新生児聴覚検査受診（結果）票

初回

B票

フリガナ 母の氏名		S ・ H	年	月	日生(歳)
居 住 地	市 町 村	番地	(電話)		
フリガナ 子の氏名	(決まっている場合)		年	月	日生
		性別	【 男 ・ 女 】		

※太枠内は保護者の方がご記入ください。

【検査所見】

初 回 検 査	検査日	年	月	日	検査機器	自動ABR ・ OAE
	右 耳	パス	・	要再検（リファー）		
	左 耳	パス	・	要再検（リファー）		

所見の判定

1. 先天性サイトメガロウイルス感染症検査の実施（有・無）
2. 要精密（ ） 紹介先：

市町村への連絡事項

1. なし
2. 要訪問
3. その他（ ）

委託医療機関

所在地
医療機関名
医師氏名

【妊産婦の皆様へ】

1. この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの助成がありますが、助成対象の検査の種類や助成金額については、受診票発行の市町村へお問い合わせください。
2. 検査費については、医療機関窓口にお問い合わせください。

【医療機関の皆様へ】

1. 受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。

市町村コード

交付番号

年度

（実施報告書に添付
して県医師会又は
市町村へ提出）

新生児聴覚検査受診（結果）票 確認 A票

母の氏名 ^{フリガナ}		S ・ H	年	月	日生（	歳）
居 住 地	市 町 村	番地	（電話			
子の氏名 ^{フリガナ}	（決まっている場合）		年	月	日生	性別 【 男 ・ 女 】

※太枠内は保護者の方がご記入ください。

【検査所見】

確 認 検 査	検査日	年	月	日	検査機器	自動ABR ・ OAE
	右 耳	パス ・ 要精密				
	左 耳	パス ・ 要精密				
所見の判定 1. 先天性サイトメガロウイルス感染症検査の実施（有・無） 2. 要精密（ ） 紹介先：						
市町村への連絡事項 1. なし 2. 要訪問 3. その他（ ）						
委託医療機関 所在地 医療機関名 医師氏名						

【妊産婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの助成がありますが、助成対象の検査の種類や助成金額については、受診票発行の市町村へお問い合わせください。
- 検査費については、医療機関窓口にお問い合わせください。

【医療機関の皆様へ】

- 受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。

市町村コード

〔医療機関控〕

交付番号

年度

新生児聴覚検査受診（結果）票

確認

B票

母の氏名 フリガナ		S ・ H	年	月	日生(	歳)
居 住 地	市 町 村	番地	(電話)			
子の氏名 フリガナ	(決まっている場合)	性別	年	月	日生	
		【 男 ・ 女 】				

※太枠内は保護者の方がご記入ください。

【検査所見】

確認検査	検査日	年	月	日	検査機器	自動ABR ・ OAE
	右 耳	パス	・	要精密		
	左 耳	パス	・	要精密		
所見の判定 1. 先天性サイトメガロウイルス感染症検査の実施（有・無） 2. 要精密（ ） 紹介先：						
市町村への連絡事項 1. なし 2. 要訪問 3. その他（ ）						
委託医療機関 所在地 医療機関名 医師氏名						

【妊産婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの助成がありますが、助成対象の検査の種類や助成金額については、受診票発行の市町村へお問い合わせください。
- 検査費については、医療機関窓口にお問い合わせください。

【医療機関の皆様へ】

- 受診日の住所と、受診票発行市町村が同じであるか確認してください。

第15号の4様式（第3条関係）

市町村コード		
--------	--	--

交付番号

年度

--

（実施報告書に添付
して県医師会又は
市町村へ提出）

産婦健康診査受診票 A票

産婦氏名			S ・ H	年	月	日生（ 歳）
居 住 地	市 町 村		番地 電話（ ）			
出 産 日	年 月 日					
実 施 時 期	1 産後2週間健診 ・ 2 産後1か月健診					
血 圧	～ mm/Hg					
体 重	. Kg （妊娠前体重 . Kg）					
尿 検 査	蛋白（ ）・ 糖（ ）		子宮復古	1 良 2 不良		
悪 露	1 異常なし 2 所見あり		乳 房	1 所見なし 2 所見あり		
診 察 所 見	高血圧（内服・経過観察）・糖尿病（内服・経過観察） 貧血・その他（ ）					
赤ちゃんへの 気持ち質 問 票	1 実施 （ ）点 2 未実施		判 定	0 所見なし 1 要産科支援 2 要市町村支援 □市町村へ連絡済 3 要医療 4 要緊急対応 ※他職種連携のための判断 基準を御参照ください。		
E P D S	1 実施 （ ）点 2 未実施 【理由： 】					
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診受診日 年 月 日						

【産婦の皆様へ】

- 1 この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの助成がありますが、産婦さんの健康状態により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 1 健診受信日の住所と受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 2 産婦の健診状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合には、事前に産婦に十分な説明をした上で実施してください。

市町村コード		
--------	--	--

交付番号

年度

--

（実施報告書に添付
して県医師会又は
市町村へ提出）

産婦健康診査受診票 B票

産婦氏名			S ・ H	年	月	日生（ 歳）
居 住 地	市 町 村		番地 電話（ ）			
出 産 日	年 月 日					
実 施 時 期	1 産後2週間健診 ・ 2 産後1か月健診					
血 圧	～ mm/Hg					
体 重	. Kg （妊娠前体重 . Kg）					
尿 検 査	蛋白（ ）・ 糖（ ）		子宮復古	1 良 2 不良		
悪 露	1 異常なし 2 所見あり		乳 房	1 所見なし 2 所見あり		
診 察 所 見	高血圧（内服・経過観察）・糖尿病（内服・経過観察） 貧血・その他（ ）					
赤ちゃんへの 気持ち質問票	1 実施 （ ）点 2 未実施			判 定	0 所見なし 1 要産科支援 2 要市町村支援 □市町村へ連絡済 3 要医療 4 要緊急対応 ※他職種連携のための判断 基準を御参照ください。	
E P D S	1 実施 （ ）点 2 未実施 【理由： 】					
委託医療機関 所 在 地 医療機関名 医 師 氏 名 健診受診日 年 月 日						

【産婦の皆様へ】

- この受診票で上記の検査を受けるときは市町村からの助成がありますが、産婦さんの健康状態により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合があります。

【医療機関の皆様へ】

- 健診受信日の住所と受診票発行市町村が同じであるか確認してください。
- 産婦の健診状態等により検査項目の変更・追加や自己負担が生じる場合には、事前に産婦に十分な説明をした上で実施してください。

別記15号の6様式を次のように改める。

市町村コード

交付番号

年度

1 か月児健康診査受診票

A票

ふりがな		男・女	年 月 日生 (生後 日)
お子さんの氏名			
住 所			
保護者の氏名		第	子
今までの病気 1 無 2 有 ()	現在の病気 1 無 2 有 ()	在胎週数 週 日	出生時体重 g

（お子さんの様子をお伺いします）
※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

発 達	1	母乳・ミルクをよく飲みますか	はい・いいえ
	2	元気な声で泣きますか	はい・いいえ
	3	大きな音にビックつと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか	はい・いいえ
	4	母乳・ミルクを飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか	いいえ・はい
	5	からだが特に柔らかいとか硬いと感じたことがありますか	いいえ・はい
	6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1 番から3 番)が続いていますか	いいえ・はい
	7	あなたの顔をじつと見つめることがありますか	はい・いいえ
	8	裸にすると手足をよく動かしますか	はい・いいえ
保護者（主な養育者）や子育ての状況	9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか	なし・あり（1 日 本）
	10	現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますか	なし・あり（1 日 本）
	11	窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか	はい・いいえ
	12	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか	はい・いいえ
	13	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか	はい・いいえ・何ともいえない
	14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか	はい・いいえ・何ともいえない
	15	子育てについて不安や困難を感じることはありますか	はい・いいえ・何ともいえない
	16	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか	はい・いいえ
	17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか	いいえ・はい
	18	お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は、協力し合って家事・育児をしていますか。	そう思う・どちらかといえばそう思う どちらかといえばそう思わない・そう思わない
	19	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいか分からなくなってしまったことがありますか	いいえ・はい
	20	現在の暮らしの経済状況を総合的にみて、どう感じていますか	大変ゆとりがある・ややゆとりがある 普通・やや苦しい・大変苦しい
	21	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがありますか	はい・いいえ
	22	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか	はい・いいえ
	23	あなた自身の睡眠で困っていることはありますか	はい・いいえ
	24	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか	はい・いいえ
25	2 か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか	はい・いいえ	
その他	26	何か心配なこと、育児で困っていることはありませんか 〔 〕	

医療機関記入欄

[実施報告書に添付して県医師会又は市町村へ提出]

心配事	1 なし 2 あり ()	指導内容		
育児環境の問題点	1 なし 2 あり	内容 1 母の心身の状態 2 その他 ()		
子育て支援の必要性の判定 1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要 ()				
身体測定	身長	体重	頭囲	栄養法
	cm	g (増加量 g/日)	cm	母乳・混合・人工乳 栄養状況 良好・要指導
	診察所見			
診察所見	1 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	9 腹部・腰背部	ア 異常なし イ 臍・肉芽・ヘルニア ウ 腹部腫瘍 エ そけいヘルニア オ 仙骨部の異常
	2 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	10四肢	ア 異常なし イ 四肢の運動制限 ウ 仙骨部の異常
	3 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	11 神経学的異常	ア 異常なし イ モロー反射 ウ 筋トーンス
	4 皮膚	ア 異常なし イ 黄疸 ウ 血管腫 エ 色素異常 オ その他 ()	12 発育性股関節形成不全リスク因子	ア 異常なし イ 股関節開排制限 ウ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 エ 家族歴 オ 女児 カ 骨盤位分娩
	5 頭部	ア 異常なし イ 頭血腫 ウ 頭囲拡大 エ 小頭症 オ 縫合異常	13 陰部	ア 異常なし イ 外性器の形態異常 ウ 陰嚢水腫 エ 精巣 () 個
	6 顔	ア 異常なし イ 特異的顔貌 ウ 目：白色瞳孔・角膜混濁 エ 口：口唇裂・口蓋裂 オ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等	14 その他の異常	
	7 頸部	ア 異常なし イ 斜頸 ウ その他の頸部腫瘍	15 新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未
	8 胸部	ア 異常なし イ 胸部の異常 ウ 呼吸の異常 エ 心雑音 オ 不整脈	16 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未
診察の判定	1 異常なし 4 要精密	2 既医療 3 要経過観察	担当医師名	
	特記事項			
委託医療機関の名称				
所在地				
氏 名				
健診実施日				

市町村コード					
交付番号					
年度					
1 か月児健康診査受診票		B票			
ふりがな			男・女	年 月 日生 (生後 日)	
お子さんの氏名					
住 所					
保護者の氏名				第 子	
今までの病気 1 無 2 有 ()	現在の病気 1 無 2 有 ()	在胎週数	出生時体重		
		週 日	g		
〔お子さんの様子をお伺いします〕 ※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。					
発 達	1 母乳・ミルクをよく飲みますか	はい・いいえ			
	2 元気な声で泣きますか	はい・いいえ			
	3 大きな音にビックつと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか	はい・いいえ			
	4 母乳・ミルクを飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか	いいえ・はい			
	5 からだが特に柔らかいとか硬いと感じたことがありますか	いいえ・はい			
	6 うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか	いいえ・はい			
	7 あなたの顔をじっと見つめることがありますか	はい・いいえ			
	8 裸にすると手足をよく動かしますか	はい・いいえ			
保護者（主な養育者）や子育ての状況	9 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか	なし・あり（1日 本）			
	10 現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますか	なし・あり（1日 本）			
	11 窒息の可能性のある柔らかい寝具等为避免、仰向けに寝かせていますか	はい・いいえ			
	12 ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか	はい・いいえ			
	13 あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか	はい・いいえ・何ともいえない			
	14 赤ちゃんをいとおしいと感じますか	はい・いいえ・何ともいえない			
	15 子育てについて不安や困難を感じるがありますか	はい・いいえ・何ともいえない			
	16 子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか	はい・いいえ			
	17 (きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか	いいえ・はい			
	18 お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は、協力し合って家事・育児をしていますか。	そう思う・どちらかといえばそう思う		どちらかといえばそう思わない・そう思わない	
	19 お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいか分からなくなってしまったことがありますか	いいえ・はい			
	20 現在の暮らしの経済状況を総合的にみて、どう感じていますか	大変ゆとりがある・ややゆとりがある 普通・やや苦しい・大変苦しい			
	21 気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがありますか	はい・いいえ			
	22 物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか	はい・いいえ			
	23 あなた自身の睡眠で困っていることはありますか	はい・いいえ			
	24 あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか	はい・いいえ			
検 査 防 止	25 2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか	はい・いいえ			
そ の 他	26 何か心配なこと、育児で困っていることはありませんか 〔 〕				

医療機関記入欄			〔医療機関		
控〕					
心配事 1 なし 2 あり ()		指導内容			
育児環境の問題点 1 なし 2 あり		内容 1 母の心身の状態 2 その他 ()			
子育て支援の必要性の判定 1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要 ()					
身体測定	身長	体重	頭囲	栄養法	
	cm	g (増加量 g/日)	cm	母乳・混合・人工乳	
				栄養状況	
				良好・要指導	
診 察 所 見	1 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	9 腹部・腰背部	ア 異常なし イ 臍 肉芽・ヘルニア ウ 腹部腫瘍 エ そけいヘルニア オ 仙骨部の異常	
	2 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	10四肢	ア 異常なし イ 四肢の運動制限 ウ 仙骨部の異常	
	3 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	11 神経学的異常	ア 異常なし イ モロー反射 ウ 筋トヌス	
	4 皮膚	ア 異常なし イ 黄疸 ウ 血管腫 エ 色素異常 オ その他 ()	12 発育性股関節形成不全リスク因子	ア 異常なし イ 股関節開排制限 ウ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 エ 家族歴 オ 女児 カ 骨盤位分娩	
	5 頭部	ア 異常なし イ 頭血腫 ウ 頭囲拡大 エ 小頭症 オ 縫合異常	13 陰部	ア 異常なし イ 外性器の形態異常 ウ 陰嚢水腫 エ 精巣 () 個	
	6 顔	ア 異常なし イ 特異的顔貌 ウ 目：白色瞳孔・角膜混濁 エ 口：口唇裂・口蓋裂 オ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等	14 その他の異常		
	7 頸部	ア 異常なし イ 斜頸 ウ その他の頸部腫瘍	15 新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未	
	8 胸部	ア 異常なし イ 胸部の異常 ウ 呼吸の異常 エ 心雑音 オ 不整脈	16 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未	
診 察 判 定	1 異常なし	2 既医療	3 要経過観察	担当医師名	
	4 要精密				
	特記事項				
	委託医療機関の名称				
所在地					
氏 名					
健診実施日					

市町村コード					
交付番号					
年度					
1 か月児健康診査受診票					
ふりがな		男・女	年 月 日生 (生後 日)		
お子さんの氏名					
住 所					
保護者の氏名				第 子	
今までの病気 1 無 2 有 ()		現在の病気 1 無 2 有 ()		在胎週数 週 日	
				出生時体重 g	
〔お子さんの様子をお伺いします〕 ※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。					
発 達	1	母乳・ミルクをよく飲みますか			はい・いいえ
	2	元気な声で泣きますか			はい・いいえ
	3	大きな音にビックつと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか			はい・いいえ
	4	母乳・ミルクを飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか			いいえ・はい
	5	からだが特に柔らかいとか硬いと感じたことがありますか			いいえ・はい
	6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか			いいえ・はい
	7	あなたの顔をじっと見つめることがありますか			はい・いいえ
	8	裸にすると手足をよく動かしますか			はい・いいえ
保護者（主な養育者）や子育ての状況	9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか			なし・あり（1日 本）
	10	現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますか			なし・あり（1日 本）
	11	窒息の可能性のある柔らかい寝具等为避免、仰向けに寝かせていますか			はい・いいえ
	12	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか			はい・いいえ
	13	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか			はい・いいえ・何ともいえない
	14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか			はい・いいえ・何ともいえない
	15	子育てについて不安や困難を感じるがありますか			はい・いいえ・何ともいえない
	16	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか			はい・いいえ
	17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか			いいえ・はい
	18	お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は、協力し合って家事・育児をしていますか。			そう思う・どちらかといえばそう思う どちらかといえばそう思わない・そう思わない
	19	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいか分からなくなってしまったことがありますか			いいえ・はい
	20	現在の暮らしの経済状況を総合的にみて、どう感じていますか			大変ゆとりがある・ややゆとりがある 普通・やや苦しい・大変苦しい
	21	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがありますか			はい・いいえ
	22	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか			はい・いいえ
	23	あなた自身の睡眠で困っていることはありますか			はい・いいえ
	24	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか			はい・いいえ
様子確認	25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか			はい・いいえ
その他	26	何か心配なこと、育児で困っていることはありませんか			〕

C票

医療機関記入欄		〔本人		
控〕				
心配事 1 なし 2 あり ()		指導内容		
育児環境の問題点 1 なし 2 あり		内容 1 母の心身の状態 2 その他 ()		
子育て支援の必要性の判定 1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要 ()				
身体測定	身長	体重	頭囲	
	cm	g (増加量 g/日)	cm	
	栄養法 母乳・混合・人工乳			
	栄養状況 良好・要指導			
診察所見	1 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	9 腹部・腰背部	ア 異常なし イ 臍 肉芽・ヘルニア ウ 腹部腫瘍 エ そけいヘルニア オ 仙骨部の異常
	2 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	10四肢	ア 異常なし イ 四肢の運動制限 ウ 仙骨部の異常
	3 身体的発育異常	ア なし イ あり ()	11 神経学的異常	ア 異常なし イ モロー反射 ウ 筋トーンス
	4 皮膚	ア 異常なし イ 黄疸 ウ 血管腫 エ 色素異常 オ その他 ()	12 発育性股関節形成不全リスク因子	ア 異常なし イ 股関節開排制限 ウ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 エ 家族歴 オ 女児 カ 骨盤位分娩
	5 頭部	ア 異常なし イ 頭血腫 ウ 頭囲拡大 エ 小頭症 オ 縫合異常	13 陰部	ア 異常なし イ 外性器の形態異常 ウ 陰嚢水腫 エ 精巣 () 個
	6 顔	ア 異常なし イ 特異的顔貌 ウ 目：白色瞳孔・角膜混濁 エ 口：口唇裂・口蓋裂 オ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等	14 その他の異常	
	7 頸部	ア 異常なし イ 斜頸 ウ その他の頸部腫瘍	15 新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未
	8 胸部	ア 異常なし イ 胸部の異常 ウ 呼吸の異常 エ 心雑音 オ 不整脈	16 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未
			17 便色カード	番
			18 ビタミンK2の投与	できている・できていない
	診察の判定	1 異常なし 4 要精密	2 既医療 3 要経過観察	担当医師名
	特記事項			
	委託医療機関の名称			
	所在地			
	氏 名			
	健診実施日			

別記第16号様式を次のように改める。

交付番号

市町村コード

年度

乳幼児精密健康診査受診票

票 ・乳児（ か月児）
 ・1歳6か月児
 ・3歳児
 ・5歳児

〔 健診受診日
 年 月 日 〕^A 〔（実施報告書に添付して県医師会又は市長に提出）〕

乳児・幼児氏名		年 月 日生	保護者氏名	
居 住 地	市			
精密健康診査要旨 〔 上記乳児・幼児の精密健康診査を依頼します。 年 月 日 鹿屋市長 長 殿 〕				
所見又は今後の処置 1 異常なし 2 経過観察（ 年 月頃再診予定） 3 要治療 （病名 ） 〔市町村への連絡事項〕	検査請求内容	点 数	検査請求内容	点 数
	医療保険各法による記号及び番号		保険負担割合	1 （ ）割 2 その他
	区 分	医療保険等負担分	請求金額（自己負担相当分）	
	請 求	円	円	
担当医師名	（※審査決定）			
委託医療機関の名称 所在地 氏 名 精密検査 年 月 日実施				

注1 乳幼児精密健康診査を受けるときは、この票及び母子健康手帳を医療機関にお渡しください。

2 この票で精密健康診査を受けるときは、無料で受診できます。（医療保険の適用で受診できます。医療保険の適用者は、この票と一緒に保険証を提出してください。）

3 この票は、本人以外は使用できません。

4 ※の欄は、記入しないでください。

交付番号

年度

乳幼児精密健康診査受診票

・乳児(か月児)

・ 1 歳 6 か月児

・ 3 歳 児

・ 5 歳 児

$$\begin{pmatrix} \text{健診受診日} \\ \text{年} \quad \text{月} \quad \text{日} \end{pmatrix} \text{C票}$$

〔本人控え〕

乳児・幼児氏名		年 月 日生	保護者氏名	
居 住 地	市			

所見又は今後の処置 1 異常なし 2 経過観察(年 月頃再診予定) 3 要治療 (病名) [市町村への連絡事項]	検査請求内容	点 数	検査請求内容	点 数
	医療保険各法による記号及び番号		保険負担割合	1 ()割 2 その他
	区 分	医療保険等負担分	請求金額(自己負担相当分)	
	請 求	円	円	
担当医師名	(※審査決定)			
委託医療機関の名称 所在地 氏 名 精密検査 年 月 日実施				

別記第19号様式を次のように改める。

第19号様式（第5条関係）

妊産婦健康診査等受診費償還払申請書兼請求書

年 月 日

鹿屋市長 様
下記のとおり妊産婦健康診査等受診費の償還払を申請及び請求します。

フリガナ			生年月日	年 月 日	
受診者氏名					
受診者住所	鹿屋市 (電話番号)				
健診種別	回数	健診受診日	申請額	助成上限額	決定額
妊婦健康診査	1	年 月 日	円	20,710円	円
	2	年 月 日	円	5,080円	円
	3	年 月 日	円	5,080円	円
	4	年 月 日	円	9,860円	円
	5	年 月 日	円	5,080円	円
	6	年 月 日	円	6,960円	円
	7	年 月 日	円	5,080円	円
	8	年 月 日	円	10,180円	円
	9	年 月 日	円	5,080円	円
	10	年 月 日	円	6,980円	円
	11	年 月 日	円	10,070円	円
	12	年 月 日	円	5,080円	円
	13	年 月 日	円	5,080円	円
	14	年 月 日	円	5,080円	円
多胎妊婦健康診査	1	年 月 日	円	10,070円	円
	2	年 月 日	円	10,070円	円
	3	年 月 日	円	10,070円	円
	4	年 月 日	円	10,070円	円
	5	年 月 日	円	10,070円	円
新生児聴覚検査	初回	年 月 日	円	3,000円	円
	再検	年 月 日	円	3,000円	円
産婦健康診査	1	年 月 日	円	5,000円	円
	2	年 月 日	円	5,000円	円
1か月児健康診査	1	年 月 日	円	6,000円	円
合 計	回		円		円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普 通 当 座		フリガナ	
上記受診費の受領に関することを下記の者に委任します。※口座名義が申請者と異なる場合 受任者 住所 氏名 印 受診者との続柄 ()					

処理欄

◎裏面の申請上の注意をお読みください。

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---

◎申請上の注意

- 1 この申請書兼請求書は、下記の方が受診費の償還払をするための書類です。
 - ◎ 市民の方で、県内の助産所及び県外の医療機関（国内のみ）において妊産婦健康診査等を受診された方
 - ◎ 市民の方で、医療機関（国内のみ）において多胎妊婦健康診査受診票を使用した方
- 2 申請者は、下記の書類を添付してください。
 - ☐ 医療機関発行の領収書と診療明細書の写し
 - ☐ 受診票（健診結果と医療機関名が記載済みのもの）
 - ☐ 通帳の写し（銀行名、支店名、種別、口座番号及び口座番号のページ）
 - ☐ 母子健康手帳の写し（出生届 1 ページ目、妊娠中の経過 8・9 ページ目、出産の状態 14・15 ページ目、検査の記録・新生児聴覚検査 17 ページ目）
- 3 償還払の申請は、妊産婦健康診査等を受診した日の翌日又は出産日から起算して 6 か月以内に請求してください。
- 4 健康診査項目については、それぞれの受診票に記載されている項目のみとなり、記載されていない項目の検査や文書料などは、受診者の自己負担となります。
- 5 健康診査等に要した費用が、助成上限額に満たない場合は、実際に支払った金額が助成金額になります。

附 則

この要綱は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。

