

1. 妊婦・乳児健康診査

① 券種（プレ印刷 ※修正不可）

- 超音波・子宮頸がんを実施した場合は点線をなぞる（実線にする）

- 例) 2025 年 8 月 →

2

5

 年

0

8

 月 报

- ⑥ 助成額（公費負担額選択・記入）実施日、医療機関名、所在地、医師名を記入、押印

- ## 妊婦一般健康診査

乳児健康診査

請求用

⑦ 3～6カ月
健康診査

他の市町村へ転出した方は使用できません。

この枠内に書き込みをしないで下さい。

No. 507750

医療機関委託乳児健康診査受診票

乳児
氏名

西暦 20 日生

ここは受診者が記入します

TEL

西暦 20 日生

記入内容をご確認ください

住所 四街道市 区

性別 性

受診年月日 年 月 日

受診時の月齢 か月 日

① 種類 4

② 2 2 8

④ 西暦 20 年 月級

⑤

年 月 日実施 / 年月 日	
体 重	g 身 長 , cm
頭 囲 , cm	
栄養状態	良 ・ 要指導 栄 養 法 母乳・混合・人工
股 関 節 開 排 制限	なし ・ あり 歯 本
健 康	・要観察の場合、関わる項目の数字に○をお願いします。(健康の場合は不要)
要 観 察	1.身体的発育状況 2.精神発達 3.けいれん 4.運動機能 5.神経系・感覚器系 6.血液系 7.皮膚 8.股関節 9.斜視 10.循環器系 11.呼吸器系 12.消化器系 13.泌尿生殖器系 14.代謝系 15.先天的な身体の特徴
指導事項	・上記項目の所見総合判定に○をお願いします。 1.異常なし 2.既医療 3.要経過観察 4.要紹介(要精密) 5.要紹介(要治療)

⑥

◇医療機関委託乳児健康診査料請求書

金 円

上記のとおり請求します。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

●太枠の中は保護者が記入してください

●医療機関で記入してください

●細枠の中は医療機関で記入してください

2. 新生児聴覚スクリーニング検査

請求用 新生児 聴覚検査 生後50日以内に使用
No. _____

医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査受診票
産婦(母)氏名(必須) ここに母親が記入します
乳児氏名(空欄可) 記入内容をご確認ください 男・女 単・多
住所 松戸市
TEL _____

① 1 ② 207 ③ 20 ④ 検査時の日 ⑤ 出生順位(多胎児の場合) ⑥ 児の生年月日 20 年 月 日

検査項目	検査年月日	検査機種	検査結果
初回検査	20 年 月 日	☐ 自動ABR ☐ その他 ☐ O A E	右 ☐ パス・ ☐ リファ 左 ☐ パス・ ☐ リファ
リファの 場合 再検査 の結果	20 年 月 日	☐ 自動ABR ☐ その他 ☐ O A E	右 ☐ パス・ ☐ リファ 左 ☐ パス・ ☐ リファ

特記事項

⑧ 医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査料請求書
公費負担額 3,000円 和暦 年 月 日
上記のとおり請求します。
医療機関名
所在地
医師氏名

- ① 券種 (プレ印刷)
- ② 市町村コード (プレ印刷 ※修正不可)
- ③ 初回検査年月
例) 2025 年 8 月 → 2 5 年 0 8 月 扱
- ④ 初回検査時の日齢 ※下段の注意参照
- ⑤ 児の生年月日
- ⑥ 初回(繰り返し)検査年月日
- ⑦ その他、検査機種、検査結果等を必要に応じて記入してください
- ⑧ 実施日、医療機関名、所在地、医師名を記入、押印

【注意】生後 50 日以内に初回検査を実施した場合に、公費助成の対象となりますので、生年月日、初回検査日は正確にご記入ください。

3. 千葉市妊産婦歯科健診

妊婦歯 請求用 千葉市 No. 2500002
※予約が必要です。※千葉市外へ転出した方は利用できません。

妊婦歯科健診受診票
氏名 ここは受診者が記入します
住所 千葉市 記入内容をご確認ください
生年月日 西暦 19 年 月 日 受診 年月日 年 月 日

券種 ① 1 ② 101 ③ 20 年 月 日

② 妊娠 週 (出産予定日: 年 月 日)
デンタルフロス(糸つきようじ)などを使っていますか? はい・いいえ
たばこを吸いますか? はい・いいえ

妊婦歯科健診結果表															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
むし歯 処置歯 本 歯の記号: 健全歯 / 未処置歯 C 未処置歯 本 : 処置歯 O 喪失歯 △															
歯石 なし・あり								1 異常を認めない 2 要指導							
歯周病 なし								所見							

③ 妊婦歯科健診料請求書 千葉市
金 円 西暦 年 月 日
上記の金額を請求します。
健診機関名
所在地
歯科医師氏名

- ① 受診年月
例) 2025 年 8 月 → 2 5 年 0 8 月 扱
- ② 健診結果等を記入
- ③ 請求額(不明な場合は空欄でも可)実施日、医療機関名、所在地、医師名を記入、押印