



福岡県医発第 0387 号 (地)
平成 21 年 5 月 19 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公 印 省 略)

平成 21 年度の乳幼児健康審査委託契約について

先般、「平成 21 年度の妊婦一般健康診査」につきましては、平成 21 年 4 月 16 日付
福岡県医発第 172 号 (地) にて貴会宛に通知申し上げておりましたが、今般、下記のと
おり他県市町村と乳幼児健康診査につきましても、契約を締結いたしましたので、ご連絡
申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会関係医療機
関への周知方何卒よろしくお願い申し上げます。

記

1. 委託契約締結機関

- *長崎県 (長崎市・佐世保市・諫早市を除く市町村)
- *佐賀県 (全市町村)
- *大分県 (全市町村)
- *山口県 (下関市)
- *鹿児島県 (霧島市)

2. 委託料

別紙参照

3 請求について

患者様が受診票を持参し医療機関を受診されますので、各県の受診票の内容に従い健
診を行っていただきますようお願いいたします。

なお、請求の際は各医療機関より直接下記請求先へご請求ください。

小郡三井医師会より

母子保健担当理事 松行眞門
地域保健担当理事 名取一幸
地域保健副担当理事 毛利康茂
会長 丸山 泉

長崎県 : 〒850-0875 長崎市栄町4-9 長崎県市町村会館内
(財)長崎県市町村社会福祉振興財団
TEL:095-827-5511

佐賀県 : 〒840-0832 佐賀市堀川町1-5
佐賀県国民健康保険団体連合会審査課 母子保健係
TEL:0952-26-4182

大分県 : 各市町村へ直接請求ください。

下関市 : 〒750-0006 山口県下関市南部町1-6
下関市役所 保健部健康づくり課 母子保健係
TEL:083-231-1447

霧島市 : 〒899-4394 鹿児島県霧島市国分中央3-45-1
霧島市役所 保健福祉部健康増進課
TEL:0995-45-5111



21長市町村財第26号
平成21年4月10日

各 関係医療機関長 様

財団法人 長崎県市町村社会福祉振興財団
理事長 一 瀬 政 太

妊婦・乳児一般健康診査に係る平成21年度請求事務についてのお願い

本財団の運営につきましては、日頃から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記のことについて、平成20年度から長崎県におきましては、受診票による妊婦一般健康診査が5回までとなっておりましたが、平成21年4月から14回に変更いたしました。

(※乳児一般健康診査については、従来どおり2回で変更はありません。)

つきましては、受診票による妊婦一般健康診査の拡大(5回→14回)に伴い、新しい請求関係様式に変更し、下記のとおり送付いたしますので、本財団への請求について、平成21年4月受診分の請求から別添様式を使用いただきますようよろしくお願いいたします。

なお、請求書送付の際には別紙留意事項をご確認のうえ、毎月10日までに提出いただきますよう併せてよろしくお願いいたします。

記

1. 請求書(様式第1号)・・・30部
2. 請求内訳書(様式第2号)・・・年間分(見込み)
3. 請求内訳書の記入例(様式第2号の記入例)
4. 平成21年度母子健康診査事業に係る診査項目及び単価一覧表(妊婦・乳児)
5. 本財団が委託を受けた市町村一覧表
6. 母子保健健康診査費支払事務要領(医療機関用)
7. 妊婦・乳児健康診査(医療機関委託)70-チャート
8. (財)長崎県市町村社会福祉振興財団母子保健健康診査費支払業務規程

(別 紙)

妊婦・乳児一般健康診査に係る平成21年度請求事務に係る留意事項

※ 請求時の変更点

- | | | | | | |
|-----------|-----|------|---|--------|--------------|
| ① 受診票について | ・・・ | 妊婦5枚 | → | 14枚 | (※旧受診票使用 不可) |
| (1冊:16枚綴) | | (複写) | | (複写なし) | |
| | ・・・ | 乳児2枚 | → | 2枚 | |
| | | (複写) | | (複写なし) | (※旧受診票使用 可) |
- ② 請求内訳書(様式2号)・・・OCR様式へ変更
(必ず鉛筆手書きをお願いします。)

※請求時の留意事項

- ① 請求様式(様式1号、様式2号と受診票)を1セットにしてホチキス止めではなく、クリップ等でまとめて提出ください。
- ② 本財団が請求取扱を行う市町村は別添の20市町村となっております。
これ以外の長崎市、佐世保市、諫早市については請求先が異なりますのでご注意ください。
- ③ 「様式第2号」記入の注意点:OCR用紙のため必ず鉛筆で枠内に記入ください。
(※別添記入例添付)
- ④ 妊婦、乳児ともに新様式へ変更になりますので、旧様式は破棄してください。

※ 請求書(第1号)については、年間使用分を見込んで送付しておりますが、不足した場合はコピーで対応いただきますようお願いいたします。
(☆一太郎、ワード等でE-mail送信希望があれば下記へご連絡ください。)

※請求内訳書(様式第2号)については、OCR用紙のため不足した場合は追加分を送付いたしますのでご連絡ください。

〒850-0875

長崎市栄町4-9 長崎県市町村会館内

TEL:095-827-5511

FAX:095-824-6993

(担当: 山本)

E-mail: yamamoto@nagasaki-chosonkai.gr.jp

☒ 妊婦 ☐ 乳児

一般健康診査費 請求内訳書(必ず鉛筆で)

市町村名 氏名		健康診査月日	受診回数	妊婦は1から14、乳児は12の該当する受診回数欄にチェック														判定	該当する判定結果にチェック	金額(円)
1	〇〇市 財団花子	月 日 4 3	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☒ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☒ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他	11,700															
2	〇〇市 振興桜子	月 日 4 10	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☒ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☒ 異状なし ☐ その他	5,000															
3	△△町 町村桃	月 日 4 28	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☒ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☒ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他	9,000															
4		月 日	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他																
5		月 日	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他																
6		月 日	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他																
7		月 日	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他																
8		月 日	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他																
9		月 日	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他																
10		月 日	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐	☐ 要医療 ☐ 要精密 ☐ 要指導 ☐ 要観察 ☐ 異状なし ☐ その他																
合計 3 名			(*振数枚にまたがる場合は、最終ページにのみ合計を記入)														合計 25,700 円			

記入は枠内に納めてください。

前のゼロは不要です。

（妊 婦）平成21年度母子健康診査事業に係る診査項目及び単価

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第14回
時 期	妊娠8週前後	妊娠12週前後	妊娠16週前後	妊娠20週前後	妊娠24週前後	妊娠26週前後	妊娠28週前後	妊娠30週前後	妊娠32週前後	妊娠34週前後	妊娠36週前後	妊娠37週前後	妊娠38週前後	妊娠39週前後
目 的	健康状態の把握、妊婦 経過の確認	健康状態の把握、定期検 査・保健指導	健康状態の把握、定期 検査、保健指導	胎児の発育状態・異常の 有無・胎盤の位置確認	胎児の発育状態・切迫早 産の有無・子宮頸管状態 確認	健康状態の把握、定期検 査、保健指導	健康状態の把握、定期検 査、保健指導	胎児の発育状態の確認	健康状態の把握、定期検 査、保健指導	健康状態の把握、定期検 査、保健指導	分娩の時期・ 状態を確認	健康状態の把握、定期検 査、保健指導	健康状態の把握、定期検 査、保健指導	健康状態の把握、定期検 査、保健指導
診 査 項 目	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察	問診及び診察
	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定	血圧・体重測定
	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査	尿化学検査
	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査	超音波検査
	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型	ABO血液型
	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型	Rh血液型
	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)	梅毒血清反応検査 (TPHA32RPR16)
	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査	B型肝炎抗原検査
	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査	C型肝炎抗体検査
	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査	グルコース 貧 血 HIV検査 不規則抗体 風疹ウイルス抗体検査 クラミジア抗体検査
	6,300円	15,000円	5,000円	7,000円	9,000円	5,000円	5,000円	11,700円	5,000円	5,000円	9,000円	5,000円	5,000円	5,000円

総合計 98,000円

（乳 児）

	第1回	第2回
時 期	3～6ヵ月	9～11ヵ月
診 査 項 目	問診及び診察	問診及び診察
	体重測定	体重測定
	股関節脱臼	股関節脱臼
	心疾患疑	心疾患疑
	尿化学検査	尿化学検査
	血液検査	血液検査
	5,400円	5,400円

本財団が委託を受けた市町村一覧表（母子）

10市	島原市	西彼杵郡 (2町)	長与町
	大村市		時津町
	平戸市	東彼杵郡 (3町)	東彼杵町
	松浦市		川棚町
	壱岐市		波佐見町
	対馬市	北松浦郡 (4町)	小値賀町
	五島市		江迎町
	西海市		鹿町町
	雲仙市		佐々町
	南島原市	南松浦郡 (1町)	新上五島町

※ 長崎市・佐世保市・諫早市を除く長崎県内10市10町

財団法人 長崎県市町村社会福祉振興財団母子保健 健康診査費支払業務規程

第1章 総則

(目的)

第1条 この規程は、財団法人長崎県市町村社会福祉振興財団（以下「財団」という。）が実施する「市町村の母子保健健康診査費支払代行に関する事業」の実施に関して必要な事項を定め、適正な事務処理を行うことを目的とする。

(事業内容)

第2条 母子保健健康診査の実施者である市町村（以下「実施機関」という。）と財団が、別紙「母子保健健康診査費支払業務委託契約書」により委託契約を締結したときに、実施機関から財団が母子保健健康診査費（以下「健康診査費」という。）を受領し、これを関係医療機関に支払うことを主な事業とする。

(事業対象)

第3条 事業の対象は、次のとおりとする。

- (1) 実施機関
長崎県内の市町村（長崎市、佐世保市、諫早市を除く）
- (2) 医療機関
財団と委託契約を締結した医療機関
- (3) 母子保健健康診査及び健康診査費
 - ア 妊婦・乳児一般健康診査（財団と医療機関の協議により定める額）
 - イ 妊婦精密健康診査（社会保険診療報酬点数により算定した額から、医療保険各法による負担額を控除した額）
 - ウ 乳児精密健康診査（社会保険診療報酬点数により算定した額から、医療保険各法による負担額を控除した額）
 - エ 1歳6か月児精密健康診査（社会保険診療報酬点数により算定した額から、医療保険各法による負担額を控除した額）
 - オ 3歳児精密健康診査（社会保険診療報酬点数により算定した額から、医療保険各法による負担額を控除した額）

第2章 健康診査費の支払方法

(健康診査費受領方法)

第4条 実施機関からの健康診査費の受領については、医療機関から財団へ健康診査費の請求があった月の月末に財団からの請求により行うものとする。

2 請求額は、医療機関からの健康診査費の請求額とし、請求があった月の翌月15日までに財団へ納付するものとする。

(健康診査費支払方法)

第5条 医療機関からの請求により健康診査費の支払を行う。

2 医療機関は別に定める様式による請求書を作成し、毎月、10日までに前月分を財団あて提出する。

3 医療機関への支払は、請求書を受領した月の翌月末に支払うものとする。

第3章 事業実施に係る経費の負担

(事業実施に係る経費の負担)

第6条 本事業に係る事務費等の経費は、実施機関の負担とする。

2 前項の負担額は、年間均等割負担額12,000円及び健康診査件数に150円を乗じて得た額とする。ただし、初年度負担額を別途、一律2,000円とする。

3 負担額の納付期日は、年間均等割負担額及び初年度負担額を当該年度4月末までに納付するものとし、健康診査件数に対する負担額については、当該年度4月から9月までの負担額を11月末日までに納付し、当該年度10月から3月までの負担額は、翌年度5月末日までに納付するものとする。

第4章 雑則

(理事長への委任)

第7条 この規程に定めるもののほか、事業実施に関し必要な事項は、理事長が別に定める。

(規程の改廃)

第8条 この規程の改廃は、理事会の承認を得なければならない。

附 則

この規程は、平成9年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成12年4月1日から施行する。

附 則

この規程は、平成16年10月26日から施行する。

附 則

この規程は、平成18年4月1日から施行する。

母子保健健康診査費支払事務要領（医療機関用）

（フローチャート参照）

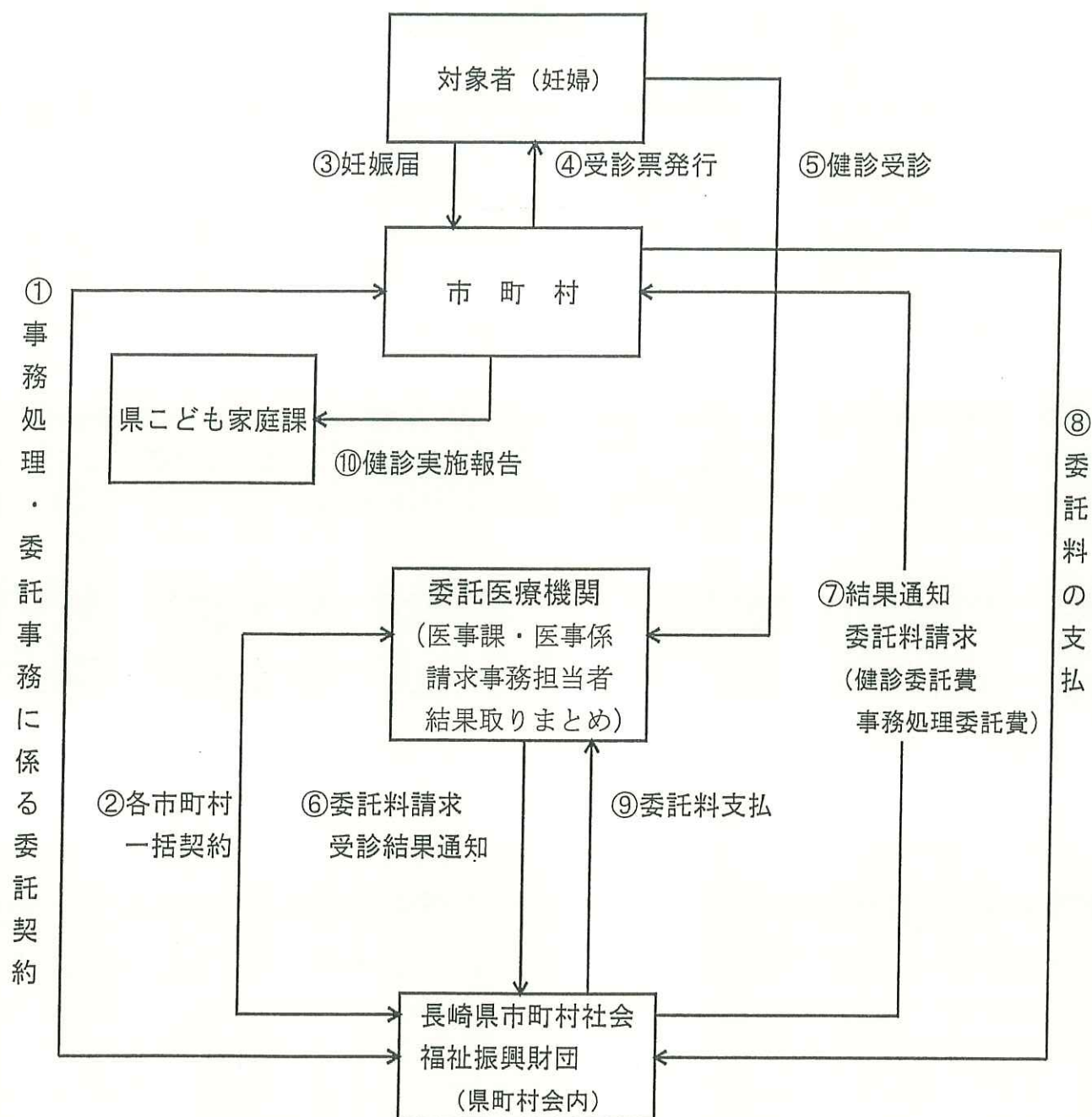
1. 本財団から各市町村へ妊婦・乳児一般健康診査受診票及び妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児精密健康診査判定相談受診票兼請求書（様式第3号）を送付する。
2. 受診票について
 - （1）本人（又は、保護者）が市町村役場へ届け出て、市町村役場が発行する。
 - （2）医療機関へは、本人（又は、保護者）が持参する。
3. 一般健康診査について
 - （1）受診票の判定1～6のうち、該当するものに○印を付ける。
 - （2）受診票の委託医療機関名には、医療機関名と医療機関長名もしくは担当医師名を記名・押印する。
 - （3）医療機関から本財団への請求は、請求書（様式第1号）に受診票及び請求内訳書（様式第2号）を添付し、当月分を医事課・医事係又は、請求事務担当者が取りまとめ翌月の10日までに請求する。（※ホチキス止め不要）
4. 精密検査について
 - （1）一般健康診査受診後、医師が精密検査を必要と認めた場合もしくは市町村が精密検査を必要と認めた場合、市町村は、精密健康診査判定相談受診票兼請求書（様式第3号）を発行する。
 - （2）受診票3部複写の判定1～5のうち、該当するものに○印を付ける。
 - （3）受診票の委託医療機関名には、医療機関名と医療機関長名もしくは担当医師名を記名・押印する。
 - （4）医療機関から本財団への請求は、精密健康診査判定相談受診票兼請求書（様式第3号）の財団控と市町村控の当月分を取りまとめ翌月の10日までに請求する。
 - （5）精密検査の請求額は、社会保険・国民健康保険等への請求額を除く個人負担分（3割または2割）とする。
5. 委託料支払について
 - （1）医療機関は、受診を行った当月分を、翌月の10日までに本財団へ請求する。
 - （2）本財団は、医療機関の請求書を受理した月の月末までに関係市町村へ診査委託料を請求する。
 - （3）診査委託料は、本財団から関係市町村へ請求した月の翌月の15日までに受理する。
 - （4）受理した診査委託料は、関係医療機関へ月末までに送金する。

財団法人 長崎県市町村社会福祉振興財団

〒850-0875 長崎県長崎市栄町4-9 長崎県市町村会館内

Tel 095-827-5511 Fax 095-824-6993

妊婦・乳児健康診査（医療機関委託）フローチャート



【事務委託の内容】

- ・ 各市町村を取りまとめ、医療機関との委託契約
- ・ 医療機関からの健診料請求書、結果通知（受診票）受理
- ・ 請求内容、受診票のチェック
- ・ 健診結果の区分（市町村別）
- ・ 健診結果の通知（各市町村あて）
- ・ 各医療機関へ健診料の支払
- ・ 各種必要様式の一括印刷

別表

委任市町長	委託業務に要する費用				
	妊婦一般健康診査 (別添:妊婦健診受診票補助券①)	妊婦一般健康診査 (別添:妊婦健診受診票補助券②)	妊婦一般健康診査 (別添:妊婦健診受診票補助券③)	乳児一般健康診査	妊婦精密健康診査 乳児精密健康診査 1歳6か月児健康診査精密健康診査 3歳児健康診査精密健康診査
佐賀市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)に基づき算定した額から医療保険各法の規定により保険者が負担すべき額を控除した額
唐津市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
鳥栖市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
多久市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
伊万里市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
武雄市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
鹿島市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
小城市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
嬉野市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
神埼市長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
吉野ヶ里町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
基山町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
上峰町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
みやき町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
玄海町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
有田町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
大町町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
江北町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
白石町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	
太良町長	14,700円	11,400円	5,000円	5,400円	

※乳児一般健康診査単価は、消費税及び地方消費税額を含む。

医療機関コード	市町村コード	給付割合
		③

平成 年 月分母子保健(妊婦及び乳幼児)健康診査費請求書

市町村

様

下記のとおり請求する。

委託医療機関の

所在地及び名称

平成 年 月 日

開設者氏名

印

①

②

③

④

			件数	点数	金額	備考
妊婦	一般健康診査 (HBS抗原検査含む)	請求				(1回目)
		※決定				
	一般健康診査 (HBS抗原検査含まず)	請求				(2回目)
		※決定				
	超音波検査	請求				
		※決定				
	精密健康診査	請求				
		※決定				

⑤

⑥

乳	一般健康診査	請求				
		※決定				
児	精密健康診査	請求				
		※決定				

⑦

⑧

幼児精密	1歳6ヶ月児	請求				
		※決定				
	3歳児	請求				
		※決定				

銀行名	銀行	本(支)店
口座種別	普通預金	当座預金
口座番号		
ふりがな		
預金名義人		

- 備考 1. この用紙はA列4番とすること。 2. ※印の欄は記入しないこと。
3. 請求書は医療機関ごとの、市町村ごとの、給付割合ごとに作成してください。(給付割合が1割、または2割のときは給付割合欄の③を×で消し、上段に②もしくは①と手書きで記入ください。)

大分県(全市町村)

健康診査の内容

健康診査の項目	内 容
乳児一般健康診査	問診及び診察
乳幼児精密健康診査	一般健康診査の結果、心身の発育発達に関して疾病の疑いがある乳幼児に対し、その必要に応じて行う検査

健康診査委託料の額

健康診査の項目	委託料の額
乳児一般健康診査	1回 5,350円
乳幼児精密健康診査	「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」により算定した額から、医療保険各法による負担額を控除した額とする。

各市町村母子保健担当窓口一覧

平成21年4月現在

市町村名	担当課	電話番号	担当者名	郵便番号	所 在 地
		FAX			
大分市	大分市保健所健康課 健康づくり推進担当班	097-536-2516(直通) 097-532-3250	森 文子	870-0046	大分市荷揚町6番1号
別府市	保健医療課	0977-21-1448(直通) 0977-22-1780	末房 日出子	874-8511	別府市上野口町1-15
中津市	健康保険課	0979-22-1170(直通) 0979-24-2342	須藤 ひとみ 畑中 真琴	871-8501	中津市豊田町14-3
日田市	地域保健課健康支援係	0973-24-3000(直通) 0973-24-0321	平野 真澄 井上 珠美	877-0003	日田市上城内町1-8
佐伯市	健康増進課保健係	0972-23-4500(直通) 0972-23-3915	富高 久美子	876-0844	佐伯市向島1丁目3-8
臼杵市	健康課健康推進グループ	0972-63-1111(内1152) 0972-64-0964	櫻木 和代 藤丸 和美	875-8501	臼杵市大字臼杵72-1
津久見市	健康推進課健康班	0972-82-9523(直通) 0972-82-6187	岩崎 陽子 濱田 圭加	879-2435	津久見市宮本町20-15
竹田市	健康推進課健康増進係	0974-63-4810(直通) 0974-64-9150	吉田 まり子 伊藤 さおり	878-8555	竹田市大字会々1650
豊後高田市	子育て・健康推進課健康増進係	0978-22-3100(内6413) 0978-22-1211	淵野 珠実	879-0692	豊後高田市御玉114
杵築市	健康推進課杵築健康増進係 (杵築庁舎)	0978-62-3131(内140) 0978-62-3141	秋吉 知子	873-0001	杵築市大字杵築377-1
	健康推進課健康づくり係(山香庁舎)	0977-75-2400(直通) 0977-75-1314	多賀野 小津枝	879-1307	杵築市山香町大字野原1010-2
宇佐市	子育て支援課母子保健係	0978-32-1111(内628) 0978-32-2331	松木 美恵子	879-0492	宇佐市大字上田1030-1
豊後大野市	健康福祉課健康増進班	0974-22-1001(内2127) 0974-22-6653	志賀 由美 恵藤 由美	879-7198	豊後大野市三重町市場1200
由布市	健康増進課 健康増進係	0977-84-3111 0977-85-3104	麻生 美由希	879-5192	由布市湯布院町大字川上3738-1
国東市	市民健康課保健係	0978-73-2450(直通) 0978-73-2451	古庄 康子	873-0502	国東市国東町田深297-12
姫島村	健康推進課	0978-87-2177 0978-73-7000	小島 亜矢	872-1501	東国東郡姫島村1560番地
日出町	福祉対策課子育て支援係	0977-73-3121(直通) 0977-73-2833	尾林 景子	879-1592	速見郡日出町2974-1
九重町	ふれあい生活課健康増進グループ	0973-76-3838 0973-76-3836	渡辺 淳子	879-4803	玖珠郡九重町大字後野上17
玖珠町	福祉保健課健康対策係	0973-73-9130 0973-73-9132	秋好 満重	879-4405	玖珠郡玖珠町大字岩室24-1

乳児一般健康診査費請求書(3～6か月)

市町村長 殿

金

円

下記のとおり健康診査に要した費用を請求します。

医療機関の住所

名称

医師名又は代表者名

㊞

乳児氏名			保護者氏名			
	男	女	平成	年	月	日生(生後 日)
居住地	市 町・村		丁目	番	番地	号
	アパート・マンション名		号室	〒	-	

健康診査の所見又は今後必要な処置

健康診査年月日	平成	年	月	日
実 測 値	身長		cm	体重
				g・kg
身 体 発 育	A	B	C	音(声)に対する反応
	A	B	C	A B C
定 額	前 後	A	B	C
	左 右	A	B	C
斜 頸	A	B	C	腹部腫瘍・肝脾腫
	A	B	C	A C
追視・眼球運動	A	B	C	陰のう水腫・停留嚥丸
	A	B	C	A C
ランドウ反射	A	B	C	股関節の開排制限
	A	B	C	A C
判 定	異常なし・要観察・要精密・要治療(病名)			
	医療管理中・要訪問()			
	担当医師氏名 ㊞			

保護者への健診アンケート

次のことについてお尋ねします。

該当するものに○をつけてください。また、具体的な記入をお願いします。

1. 妊娠中に異常がありましたか。 なし あり(妊娠高血圧症候群・切迫流産・糖尿病・)
2. 分娩中に異常がありましたか。 なし あり(帝王切開)
3. 出産時・生後1週間に異常がありましたか。 なし あり(仮死・強い黄疸・)
4. 出産時の体重はいくらでしたか。 (g)
5. 生後1か月間に病気で入院をしましたか。 いいえ はい()
6. 生まれつきの病気がありますか。 いいえ はい
7. 今までに、何か病気をしましたか。 いいえ はい()
8. 今までに、何か事故にあいましたか。 いいえ はい()
9. 抱いているとき、首はすわっていますか。 はい いいえ
10. 腹ばいにさせると頭を持ち上げますか。 はい いいえ
11. 顔の前で両手をからみあわせて遊びますか。 はい いいえ
12. 手やおもちゃを口にもっていき、なめたりしますか。 はい いいえ
13. 動くものを目で追いますか。 はい いいえ
14. 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか。 いいえ はい
15. 見えない方から声をかけるとそちらを向きますか。 はい いいえ
16. 「アーアー」「ウーウー」など言いますか。 はい いいえ
17. あやすと声を出して笑いますか。 はい いいえ
18. おふろに入れたとき、お乳を飲むとき、泣いたときにくちびるが紫色になることがありますか。 いいえ はい
19. けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。 いいえ はい
20. かぜにかかったら、すぐゼコゼコ言いますか。 いいえ はい
21. 現在の栄養法:母乳・混合・人工(ミルク名)
その他:果汁・スープ・おもゆ・おかゆ・つぶし野菜・卵黄・豆腐 ()
22. 昼間、主に誰がお子さんをみていますか。
(母・父・祖母・祖父・保育所・その他)
23. その他なにか心配なことや相談したいことがあれば書いてください。

乳児一般健康診査受診票(3～6か月)

委託医療機関の長 殿

下記乳児の一般健康診査を依頼します。

市町村長

㊞

乳児氏名			保護者氏名		
	男・女	平成	年	月	日生(生後) 日)
居住地	市 町・村		丁目	番・番地	号
	アパート・マンション名		号室	☎	—

健康診査の所見又は今後必要な処置

健康診査年月日	平成		年	月	日
実 測 値	身長		cm	体重	g・kg
身 体 発 育	A	B	C	音(声)に対する反応	A B C
定 額	前 後	A	B	C	心雑音
	左 右	A	B	C	腹部腫瘍・肝脾腫
斜 頸	A	B	C	陰のう水腫・停留嚢丸	A C
追視・眼球運動	A	B	C	股関節の開排制限	A C
ランドウ反射	A	B	C	湿疹・おむつかぶれ	A C
判 定	異常なし・要観察・要精密・要治療(病名)				
	医療管理中・要訪問()				
	担当医師氏名				

(注) 1 乳児一般健康診査を受けるときは、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。その際、☐内は保護者が記入してください。

2 この受診票で乳児一般健康診査を受けるときは、その費用は、公費で負担され、本人は自己負担の心配はありません。(ただし、上記項目以外には有料となります。)

3 この受診票は本人以外は使用できません。

4 判定区分

A 異常なし

B 判定保留(現時点では判定できず要経過観察)

C 問題あり

保護者への健診アンケート

次のことについてお尋ねします。

該当するものに○をつけてください。また、具体的な記入をお願いします。

- 妊娠中に異常がありましたか。 なし あり(妊娠高血圧症候群・切迫分娩・糖尿病・)
- 分娩中に異常がありましたか。 なし あり(帝王切開)
- 出産時・生後1週間に異常がありましたか。 なし あり(仮死・強い黄疸・)
- 出産時の体重はいくらでしたか。 (g)
- 生後1か月間に病気で入院をしましたか。 いいえ はい ()
- 生まれつきの病気がありますか。 いいえ はい
- 今までに、何か病気をしましたか。 いいえ はい ()
- 今までに、何か事故にあいましたか。 いいえ はい ()
- 抱いているとき、首はすわっていますか。 はい いいえ
- 腹ばいさせると頭を持ち上げますか。 はい いいえ
- 顔の前で両手をからみあわせて遊びますか。 はい いいえ
- 手やおもちゃを口にもっていき、なめたりしますか。 はい いいえ
- 動くものを目で追いますか。 はい いいえ
- 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか。 いいえ はい
- 見えない方から声をかけるとそちらを向きますか。 はい いいえ
- 「アーアー」「ウーウー」など言いますか。 はい いいえ
- あやすと声を出して笑いますか。 はい いいえ
- おふろに入れたとき、お乳を飲むとき、泣いたときにくちびるが紫色になることがありますか。 いいえ はい
- けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。 いいえ はい
- かぜにかかったら、すぐゼコゼコ言いますか。 いいえ はい
- 現在の栄養法:母乳・混合・人工(ミルク名)
その他:果汁・スープ・おもゆ・おかゆ・つぶし野菜・卵黄・豆腐 ()
- 昼間、主に誰がお子さんをみていますか。
(母・父・祖母・祖父・保育所・その他)
- その他なにが心配なことや相談したいことがあれば書いてください。

平成21年度 下関市妊婦健康診査及び乳児健康診査委託料

	回数及び概ねの時期	健 診 内 容 (検査項目等)		委託料
		基本的な妊婦健康診査	その他の検査	
妊婦健康診査	第1回 妊娠8週頃 又は 初回検査を行うとき	○基本的な妊婦健康診査 ・問診、診察(必要時、内診) ・計測:子宮底長、腹囲、血圧 浮腫、体重、身長(初回のみ) ・尿検査:糖・蛋白	●血液検査 ABO血液型、Rh血液型、 不規則抗体検査、貧血、 血糖、梅毒血清反応検査、 B型肝炎検査 C型肝炎検査、 HIV抗体検査、風疹ウイルス抗体検査 ●超音波検査 ●子宮頸がん検診(細胞診)	17,870円 3,360円
	第2回 妊娠12週頃	○ + 保健指導		5,040円
	第3回 妊娠16週頃	○ + 保健指導		5,040円
	第4回 妊娠20週頃	○	●超音波検査	6,270円
	第5回 妊娠24週頃	○ + 保健指導		5,040円
	第6回 妊娠26週頃	○ + 保健指導		5,040円
	第7回 妊娠28週頃	○ + 保健指導		5,040円
	第8回 妊娠30週頃	○	●血液検査(貧血・血糖) ●超音波検査	9,400円
	第9回 妊娠32週頃	○ + 保健指導		5,040円
	第10回 妊娠34週頃	○ + 保健指導	●B群溶血性レンサ球菌	8,140円
	第11回 妊娠36週頃	○ + 保健指導		5,040円
	第12回 妊娠37週頃	○	●血液検査(貧血) ●超音波検査	7,850円
	第13回 妊娠38週頃	○ + 保健指導		5,040円
	第14回 妊娠39週頃	○ + 保健指導		5,040円
乳児健康診査	回数及び概ねの時期	健 診 内 容 (検査項目等)		委託料
	1か月児健康診査	身体発達状況、栄養状態、脊椎及び胸部の疾病及び異常の有無、皮膚の疾病及び異常の有無、眼の疾病及び異常の有無、耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無、四肢運動障害の有無、精神発達の状況、先天奇形の有無、虐待が行われる身体所見の有無、栄養上の問題の有無、予防接種の実施状況、K2シロップの服用(1か月児のみ)、その他の疾病及び異常の有無		5,660円
	3か月児健康診査			5,660円
	7か月児健康診査			5,660円

(注) 保健指導:妊娠中の食事や生活上の注意事項等について具体的な指導を行うとともに、妊婦の精神的な健康の保持増進に留意し、妊娠、出産育児に対する不安や悩みの解消を図られるようにすること(8、20、30及び37週を除く)。

健康診査受診票（1か月児用）

健康診査結果（1か月児用）

診査日 平成 年 月 日

乳児氏名	男・女	平成 年 月 日生
出生体重	g	在胎期間 週 第 子
保護者氏名	電 話	父 歳 母 歳
現 住 所	下関市	
出生場所：	退院日：生後 日	
分娩経過：異常なし・骨盤位分娩・吸引分娩・鉗子分娩 ・帝王切開・その他（ ）		
出生時・新生児期の状態：異常なし・仮死・黄疸・けいれん ・哺乳障害・チアノーゼ・その他（ ）		
現在の栄養法：母乳・混合・人工		
（アンケート）保護者をご記入下さい。該当の箇所に○印を付けて下さい。		
01. 元気に泣きますか	はい	いいえ
02. お乳の飲みはよいですか	はい	いいえ
03. 手足をよく動かしますか	はい	いいえ
04. 目つきや目の動きはよいですか	はい	いいえ
05. 大きい音に反応しますか	はい	いいえ
06. お乳を飲む時、泣いた時に唇の色は変わり ませんか	はい	いいえ
07. お子さんの周囲でタバコを吸う家族（同居人）はいますか	はい	いいえ
→吸う人は誰ですか（ ）		
08. お子さんの事故を防ぐよう、心がけていますか	はい	いいえ
例：寝ている赤ちゃんの上に物が落ちてこないようにする、暖房の熱が直接触れないように寝かせる等		
09. 育児をする中で、気分が沈んだり、イライラしたり、辛いと 感じる事が多いですか 殆ど感じない・時々感じる・しばしば感じる	はい	いいえ
10. 育児に協力してくれる人や相談相手はいますか	はい	いいえ
→具体的に誰ですか（ ）		
11. 育児を含めて、心配なこと、相談したいことがあれば書いて下 さい		

生後日数	日	体 重	身 長	頭 囲	カウブ
計 測 値		g	cm	cm	
退院時からの体重増加率： g/日					
1～2か月 (3～97パーセンタイル)	男3.82-6.09 女3.69-5.63	男51.6-60.0 女51.2-58.4	男35.3-40.4 女34.8-39.4		
診察所見					
01. モロー反射の異常					(?・+)
02. 筋緊張の異常					(?・+)
03. 黄疸・チアノーゼ・湿疹・血管腫					(?・+)
04. 多呼吸・陥没呼吸・喘鳴					(?・+)
05. 頭蓋骨の異常					(?・+)
06. 眼脂・流涙・白内障・眼の異常					(?・+)
07. 瞬目反射の異常					(?・+)
08. 唇裂・口蓋裂					(?・+)
09. 胸鎖乳突筋腫瘍					(?・+)
10. 心雑音・不整脈					(?・+)
11. 腹部腫瘍・肝脾腫					(?・+)
12. 股関節・クリック・開排制限					(?・+)
13. そけいヘルニア・陰嚢水腫・停留精巣・外性器異常					(?・+)
14. 先天性形態異常					(?・+)
15. その他の異常					(?・+)
16. K2シロップの服用（1か月時）					(済・未)
診断(疑診)名					
判定 1. 異常なし 2. 要観察					
3. 要精密（精査中・紹介先： ）					
4. 要医療（医療管理中・紹介先： ）					
5. 要訪問（ ）					
備考					
診査医療機関・医師名					印

※ 1歳以上の者には使用できません

(市 分)

健康診査受診票 (3か月児用)

乳児氏名	男・女	平成 年 月 日生
出生体重	g	在胎期間 週 第 子
保護者氏名	電話	父 歳 母 歳
現住所	下関市	
出生場所:	退院日: 生後 日	
分娩経過	異常なし・骨盤位分娩・吸引分娩・鉗子分娩 帝王切開・その他()	
出生時・新生児期の状態:	異常なし・仮死・黄疸 けいれん・哺乳障害・チアノーゼ・その他()	
現在の栄養法:	母乳・混合・人工	
(アンケート)保護者にご記入下さい。該当の箇所に○印を付けて下さい。		
01. 首がすわりましたか はい いいえ		
02. うつぶせにすると頭をあげますか はい いいえ		
03. 動くものを目でおいしますか はい いいえ		
04. あやすと声を出して笑いますか はい いいえ		
05. お母さんの目と赤ちゃんの目があいますか はい いいえ		
06. 大きな声や音に反応しますか はい いいえ		
07. 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか ない ある		
08. 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		
09. お風呂・哺乳・泣いた時などに唇が紫色になりますか ない ある		
10. お子さんの周囲でタバコを吸う家族(同居人)はいますか 一吸う人は誰ですか() はい いいえ		
11. 育児をする中で、気分が沈んだり、イライラしたり、辛いと感じる事が 多いですか 殆ど感じない・時々感じる・しばしば感じる		
12. 育児に協力してくれる人や相談相手はいますか はい いいえ →具体的に誰ですか()		
13. 育児を含めて、心配なこと、相談したいことがあれば書いて下さい		

健康診査結果 (3か月児用) 診査日 平成 年 月 日

生後日数	日	体 重	身 長	頭 囲	カウブ
計 測 値		kg	cm	cm	
3 ~ 4 か 月 (3~97パーセンタイル)	男 5.31~8.36 女 5.05~7.68	男 57.8~67.0 女 57.1~65.7	男 38.5~43.7 女 37.8~42.4		
4 ~ 5 か 月 (3~97パーセンタイル)	男 5.85~9.04 女 5.53~8.29	男 60.6~69.5 女 59.1~68.2	男 39.8~44.7 女 38.8~43.4		
診察所見					
01. モロー反射の異常 (? ・ +)					
02. 引き起こし反射の異常 (? ・ +)					
03. 追視テストの異常 (? ・ +)					
04. 筋緊張の異常 (? ・ +)					
05. 声(音)に対する反応がない (? ・ +)					
06. 斜視・眼振 (? ・ +)					
07. 大泉門の異常 (? ・ +)					
08. 心雑音 (? ・ +)					
09. 腹部腫瘤・肝脾腫 (? ・ +)					
10. 鼠径ヘルニア・陰嚢水腫・停留精巣 (? ・ +)					
11. 股関節開排異常 (? ・ +)					
12. 筋性斜頸 (? ・ +)					
13. 先天性形態異常 (? ・ +)					
14. 皮膚の異常 (? ・ +)					
15. その他の異常 (? ・ +)					
診断(疑診)名					
判定 1. 異常なし 2. 要観察					
3. 要精密 (身体・精神)(精査中・紹介先:)					
4. 要医療 (医療管理中・紹介済)					
5. 要訪問 ()					
備考					
診査医療機関・医師名 印					

☆1歳以上の者は使用できません。

(市 分)

健康診査受診票 (7か月児用)

乳児氏名	男・女	平成 年 月 日生
出生体重	g	在胎期間 週 第 子
保護者氏名	電話	父 歳 母 歳
現住所	下関市	
これまでにかかった病氣: なし・あり()		
これまで気づいた身体の異常: なし・あり()		
これまで受けた予防接種: BCG・ポリオ・その他() 三種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風)		
現在の栄養法: 母乳・混合・人工		
離乳食1日(回): お粥・野菜・豆腐・卵・魚・肉・その他()		
(アンケート)保護者にご記入下さい。該当の箇所に○印を付けて下さい。		
01. 寝返りをしますか はい いいえ		
02. お座りができますか はい いいえ		
03. 支え立ちさせると、足をつっぱりますか はい いいえ		
04. 手をのばして、おもちゃをつかみ、持ちかえますか はい いいえ		
05. 何かして欲しい時声を出して注意をひこうとしますか はい いいえ		
06. 耳の聞こえについて心配なことはありますか いいえ はい □隣の部屋の物音や、外の動物の鳴き声などに振り向かない □TVのコマーシャルや番組のテーマ音楽の変わり目には振り向かない		
07. 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか ない ある		
08. 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		
09. 育児をする中で、気分が沈んだり、イライラしたり、辛いと感じる事が 多いですか 殆ど感じない・時々感じる・しばしば感じる		
10. 育児に協力してくれる人や相談相手はいますか はい いいえ →具体的に誰ですか()		
11. 育児を含めて、心配なこと、相談したいことがあれば書いて下さい		

健康診査結果 (7か月児用) 診査日 平成 年 月 日

生後日数	日	体 重	身 長	頭 囲	カウブ
計 測 値		kg	cm	cm	
7 ~ 8 か 月 (3~97パーセンタイル)	男 6.91~10.26 女 6.44~ 9.53	男 65.1~74.3 女 63.9~72.4	男 41.7~46.7 女 40.8~45.4		
8 ~ 9 か 月 (3~97パーセンタイル)	男 7.15~10.49 女 6.62~ 9.78	男 66.2~75.5 女 65.2~73.5	男 42.3~47.3 女 41.3~46.0		
診察所見					
01. 引き起こし反射の異常 (? ・ +)					
02. 視性立ち直り反射の異常 (? ・ +)					
03. 顔に布をかけるテストの異常 (? ・ +)					
04. 筋緊張の異常 (? ・ +)					
05. 周囲への関心がない(視線が合わない) (? ・ +)					
06. 声(音)に対する反応がない (? ・ +)					
07. 斜視・眼振 (? ・ +)					
08. 大泉門の異常 (? ・ +)					
09. 心雑音 (? ・ +)					
10. 腹部腫瘤・肝脾腫 (? ・ +)					
11. 鼠径ヘルニア・陰嚢水腫・停留精巣 (? ・ +)					
12. 股関節の異常 (? ・ +)					
13. 先天性形態異常 (? ・ +)					
14. 皮膚の異常 (? ・ +)					
15. その他の異常 (? ・ +)					
診断(疑診)名					
判定 1. 異常なし 2. 要観察					
3. 要精密 (身体・精神)(精査中・紹介先:)					
4. 要医療 (医療管理中・紹介済)					
5. 要訪問 ()					
備考					
診査医療機関・医師名 印					

妊婦及び乳児健康診査実施報告書

平成 年 月 日

下関市長 様

所 在 地

名 称

氏 名

印

下記のとおり実施しましたので報告いたします。

種 類		件 数	単価(円)	合 計	備 考
妊 婦	健康診査(1回目)				非課税
	子宮がん検診				非課税
	健康診査(2回目)				非課税
	健康診査(3回目)				非課税
	健康診査(4回目)				非課税
	健康診査(5回目)				非課税
	健康診査(6回目)				非課税
	健康診査(7回目)				非課税
	健康診査(8回目)				非課税
	健康診査(9回目)				非課税
	健康診査(10回目)				非課税
	健康診査(11回目)				非課税
	健康診査(12回目)				非課税
	健康診査(13回目)				非課税
	健康診査(14回目)				非課税
1 か月児健康診査					消費税及び地方消費税相当額を含む
3 か月児健康診査					消費税及び地方消費税相当額を含む
7 か月児健康診査					消費税及び地方消費税相当額を含む
計					

※この報告書は、受診票を添付して、毎月10日までに下関市に提出してください。

※子宮がん検診は、健康診査(1回目)と同時です。子宮がん検診のみでは使用できません。

妊婦及び乳児健康診査費請求書

金

円也

平成 年 月分を上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所在地

名 称

氏 名

印

下関市長 様

種 類		件 数	単価 (円)	合 計 (円)	備 考
妊 婦 健 診	健康診査 (1回目)				非課税
	子宮がん検診				非課税
	健康診査 (2回目)				非課税
	健康診査 (3回目)				非課税
	健康診査 (4回目)				非課税
	健康診査 (5回目)				非課税
	健康診査 (6回目)				非課税
	健康診査 (7回目)				非課税
	健康診査 (8回目)				非課税
	健康診査 (9回目)				非課税
	健康診査 (10回目)				非課税
	健康診査 (11回目)				非課税
	健康診査 (12回目)				非課税
	健康診査 (13回目)				非課税
	健康診査 (14回目)				非課税
1 か月児健康診査					消費税及び地方消費税相当額を含む
3 か月児健康診査					消費税及び地方消費税相当額を含む
7 か月児健康診査					消費税及び地方消費税相当額を含む

なお、支払いに当たっては、下記の口座に振り込みをお願いします。

銀 行	支店
信用金庫・組合	支所
1.普通 2.当座	口座名義人 (カタカナ)
口座番号	

※ 口座名義人は金融機関へお尋ねのうえ、金融機関に電算登録してある名称をカタカナでご記入願います。

霧 島 市

健康診査の内容

健康診査の項目	内 容
乳児一般健康診査	別添受診票参照
乳幼児精密健康診査	

健康診査委託料の額

健康診査の項目	委 託 料 の 額
乳児健康診査(9～13か月児)	1回 5,350円
乳幼児精密健康診査	「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)により算定した額から保険者が負担すべき額を控除した額とする。

第15号様式（第4条関係）（受診票左）

市町村コード	
--------	--

霧 島 市

実施報告書に添付して県医師会

交付番号

又は霧島市へ提出

乳 児 健 康 診 査（9～11か月児）受 診 票

乳 児 氏 名		男 ・ 女	年 月 日生
居 住 地	霧 島 市 (電話番号)		
保護者氏名			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 ・ いいえ 2 つかまり立ちをしますか はい ・ いいえ 3 つたい歩きをしますか はい ・ いいえ 4 名前を呼ぶとふりむきますか はい ・ いいえ 5 指で小さな物をつまみますか 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 人見知りをしますか はい ・ いいえ 9 けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか はい ・ いいえ 10 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 所在地 医療機関名 医師氏名 ⑩ 健診実施日 年 月 日			

※原則として1歳の前日までに受診してください。やむを得ない理由で受診できない場合は、1歳2か月になる前日まで有効です。

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

市町村コード

交付番号

平成 年 度

乳児健康診査受診票(9~11か月) A票

乳児氏名		男・女	平成 年 月 日生
居住地	市町村	番地	(電話 - -)
保護者名		第 子	
今までの病気		現在の病気	
1 無		1 無	
2 有 ()		2 有 ()	
問診事項	1 ハイハイをしますか はい・いいえ 2 つかまり立ちをしますか はい・いいえ 3 つたい歩きをしますか はい・いいえ 4 名前を呼ぶとふりむきますか はい・いいえ 5 指で小さな物をつまみますか 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、イナイイナイパーをしますか はい・いいえ 8 人見知りをしますか はい・いいえ 9 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 10 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			

(実施報告書に添付して県医師
会又は市町村へ提出)

計測値	身長	体重	頭 囲	胸 囲	カウプ指数
	cm	g	cm	cm	
診察	栄養 5 発育	1 普通 2 体重増加不良 3 肥満 4 低身長			
	頭部	1 異常なし 2 大 3 小 4 変形 5 その他 ()			
	顔	1 異常なし 2 貧血様 3 乏しい表情 4 その他 ()			
	眼	1 異常なし 2 斜視 3 白色瞳孔 4 その他 ()			
	口腔	1 異常なし 2 口唇・口蓋裂 3 その他 ()			
所見	胸部	1 異常なし 2 心雑音 3 ら音 4 その他 ()			
	腹部	1 異常なし 2 腹部膨隆 3 臍ヘルニア 4 その他 ()			
	皮膚	1 異常なし 2 湿疹 3 アトピー性皮膚炎 4 血管腫 5 その他 ()			
	陰部	1 異常なし 2 停留精巣 3 陰のう水腫 4 鼠径ヘルニア 5 その他 ()			
	四肢	1 異常なし 2 形態異常 3 その他 ()			
判定	筋緊張	1 異常なし 2 亢進 3 低下 4 その他 ()			
	発達	1 異常なし 2 遅れの疑い 3 遅 滞 ()			
	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		
市連 町 村 事 の 項	1 なし 2 要訪問 3 その他 ()				

市町村コード

交付番号

平成 年度

乳児健康診査受診票(9~11か月) B票

乳児氏名		男・女	平成 年 月 日生
居住地	市町村	番地	(電話 - -)
保護者名		第 子	
今までの病気		現在の病気	
1 無		1 無	
2 有 ()		2 有 ()	
問 診 事 項	1 ハイハイをしますか はい・いいえ		
	2 つかまり立ちをしますか はい・いいえ		
	3 つたい歩きをしますか はい・いいえ		
	4 名前を呼ぶとふりむきますか はい・いいえ		
	5 指で小さな物をつまみますか 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、イナイナイパーをしますか はい・いいえ		
	8 人見知りをしますか はい・いいえ		
	9 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		
	10 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)

計測値	身長		体重		頭 囲		胸 囲		カウプ指数
	cm	g	cm	cm	cm	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						
所 見	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						
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					
	市連 町 村 事 務 所 へ の 項								
1 なし 2 要訪問 3 その他 ()									

市町村コード

交付番号

平成 年 月 日

乳児健康診査受診票(9~11か月) C票

乳児氏名		男・女	平成 年 月 日生
居住地	市町村	番地	(電話 - -)
保護者名		第 子	
今までの病気		現在の病気	
1 無		1 無	
2 有 ()		2 有 ()	
問診事項	1 ハイハイをしますか はい・いいえ 2 つかまり立ちをしますか はい・いいえ 3 つたい歩きをしますか はい・いいえ 4 名前を呼ぶとふりむきますか はい・いいえ 5 指で小さな物をつまみますか 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、イナイナイパーをしますか はい・いいえ 8 人見知りをしますか はい・いいえ 9 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 10 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 (印)			
健診 年 月 日実施			

(本人 控)

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

市町村コード	
--------	--

実施報告書に添付して県医師会
又は霧島市へ提出

交付番号

・ 乳 児 ・ 1歳6か月児 ・ 3歳児

乳児・幼児氏名		年 月 日生	保護者氏名	
居 住 地	霧 島 市			
精密健康診査要旨				
〔 〕				
所見又は今後の処置	検 査 内 容	点 数	検 査 内 容	点 数
1 異常なし				
2 要再検査				
(次回 年 月 頃)				
3 要治療				
(病名 年 月 日)	区 分	点 数	社会保険等負担金 (本人・家族)	請 求 金 額
担当医師名	請 求			
	※審 査			
	※決 定			
委託医療機関の名称				
所 在 地				
医療機関名				
医師氏名				
健診実施日 年 月 日				

- (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 この受診票で上記の検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 この受診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。

～ 報告書(第17号様式)及び請求書(第18号様式)の

ご記入にあたっての留意点 ～

① 報告(請求)者等について

両様式の右上部には、「報告(請求)者名」、「所在地」、「医療機関名」をそれぞれご記入いただくスペースがございます。その際、「報告(請求)者」は貴院の代表者様とさせていただきますので、押印におきましては医療機関印ではなく、代表者印を押印くださるよう宜しくお願いいたします。なお、以下の2パターンの記入例のうちどちらでもかまいませんので、ご了承ください。

例：報告者等の記入例

【i】

報告者	(役職名)	△△××	(代表者印)
所在地	鹿児島県霧島市国分1丁目1-1		
医療機関名	〇〇産婦人科		

【ii】

報告者			
所在地	鹿児島県霧島市国分1丁目1-1		
医療機関名	〇〇産婦人科		
	(役職名)	△△××	(代表者印)

② 健診実績について

中段の表内に検査項目に応じて、単価・件数・金額(乳幼児精密健康診査のみ単価を除く)を記入いただきますが、表の構成は両様式とも同じですので、記入の内容や方法も統一してくださるようお願い申し上げます。

(2) 口座振込先について(請求書)

請求書下部に「【口座振込先】」と記していますので、その下のスペースにご請求の都度、口座情報をご記入ください。

第17号様式（第6条関係）

妊婦・乳幼児健康診査実施報告書

年 月分
年 月 日

霧 島 市 長 様

報告者
所在地
医療機関名

委託契約に基づき妊婦・乳幼児健康診査を下記のとおり実施いたしましたので受診票を添えて報告いたします。

記

検 査 項 目	単 価	件 数	委 託 料
妊婦健康診査（1）	15,000		
妊婦健康診査（2）～（14）	6,100		
乳児健康診査			
乳幼児精密健康診査			
合 計			

第18号様式（第6条関係）

妊婦乳幼児健康診査委託料請求書

年 月 分
年 月 日

霧 島 市 長 様

請求者
所在地
医療機関名

委託契約に基づき妊婦・乳幼児健康診査を下記のとおり実施いたしましたので受診票を添えて請求いたします。

記

検 査 項 目	単 価	件 数	委 託 料
妊婦健康診査（1）	15,000		
妊婦健康診査（2）～（14）	6,100		
乳児健康診査			
乳幼児精密健康診査			
合 計			

【口座振込先】