

産婦健康診査受診票の両面の網掛け部分への記入をお願いいたします。

表面

受診(受検)するお子さんの保護者から、受診(受検)票を受け取り、受診(受検)票の「医療機関記入欄」の記入事項を全て実施し、結果を記入してください。

(2) 検査実施後

補助の申請の際に必要なので、
上記の記載のある「受診(受検)票」、「領
収書」、「明細書」を受診(受検)者の保護
者へお渡しください。

金額は空欄にしてください

[illegible]

【長野県塩尻市在住者の新生児時聴覚検査、1 か月児健康診査を実施する医療機関の方へ】
表面の網掛け部分への記入をお願いいたします。

様式第13号																		
新生児聴覚検査 受検票(補助券)																		
※新生児聴覚検査の対象者は生後1か月以内など生後間もない時期の新生児となります。																		
※助成上限額を超えた分は保護者負担となります。																		
※太線枠内へご記入のうえ、医療機関に提出してください。																		
※この検査結果は市町村へ情報提供されます。																		
市町村名	塩尻市	交付番号		交付年月日														
<table><tr><td>フリガナ</td><td></td></tr><tr><td>児氏名 (決定している場合)</td><td></td></tr><tr><td>生年月日</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>保護者氏名</td><td></td></tr><tr><td>住所</td><td></td></tr><tr><td>連絡先 (携帯)</td><td>(自宅)</td></tr><tr><td>里帰り</td><td>☐あり 里帰り先住所: ☐なし</td></tr></table>					フリガナ		児氏名 (決定している場合)		生年月日	年 月 日生	保護者氏名		住所		連絡先 (携帯)	(自宅)	里帰り	☐ あり 里帰り先住所: ☐ なし
フリガナ																		
児氏名 (決定している場合)																		
生年月日	年 月 日生																	
保護者氏名																		
住所																		
連絡先 (携帯)	(自宅)																	
里帰り	☐ あり 里帰り先住所: ☐ なし																	
上記の者の新生児聴覚検査を依頼します。																		
塩尻市長 百 瀬 敬																		
医療機関の長 殿																		
助成内容																		
□初回のみ(1回) □金額 ☒ 上 限 5,000 円																		
□初回及び確認(2回) □金額 □上 限 円(総額) □上 限 円(検査単価)																		
●長野県内の医療機関で受検された場合、検査料を助成します。																		
●助成上限額を超えた額は保護者負担となります。また、検査料が助成上限額に満たない場合は、その額を請求してください。																		
●実施したすべての検査の結果を記載いただきますようお願いします。																		
医 療 機 関 記 入 欄	検査日	初回検査		確認検査														
		年 月 日 (生後 日)		年 月 日 (生後 日)														
		分岐機関																
		☐ 同検査機関 ☐ 他医療機関(分岐機関名:)																
		検査機器																
		☐ 自動 ABR ☐ OAE																
		検査結果	右	☐ パス ☐ リファ(要再検)	☐ パス ☐ リファ(要再検)													
			左	☐ パス ☐ リファ(要再検)	☐ パス ☐ リファ(要再検)													
		指示事項		☐ 連絡事項なし														
				☐ 連絡事項あり()														
		☐ 二次検査機関を紹介(二次検査機関名:)																
新生児聴覚検査料請求書				検査総額 円														
金 円				(検査単価 円)														
上記のとおり新生児聴覚検査を実施したので検査料を請求します。																		
年 月 日																		
長野県 塩 尻 市 長 殿																		
医療機関番号																		
所在地																		
名 称																		
医療機関の長																		

様式第14号					
1 か 月 児 健 康 診 査 受 診 票 (補助券)					
交付番号					
市町村名		生年月日	年 月 日		
1か月児氏名		住 所	TEL		
保護者氏名		住 所	携帯		
上記1か月児の健康診査を依頼します。					
市町村長					
医 療 機 関 の 長 殿					
受 診 日	受 診 日	年 月 日 (生後 か月 日)			
		体 重	g	検査	
		身長	cm	新生児聴覚検査	正常・検査中(右・左)・未実施
		頭 囲	cm	先天性代謝異常等検査	結果説明済・結果未説明
		顔 面	cm	便色カード	番
		栄養法	母乳・混合・人工乳	ビタミンK2の投与	実施・未実施
		身体的発育異常			
		外容奇形			
		姿勢の異常			
		皮膚	黄疸・血管腫・色素異常・その他()		
医 療 機 関 記 入 欄	受 診 日	頭部	頭血腫・頭囲拡大・小頭症・結合異常		
		顔	特異顔貌・目の異常・口の異常・耳の異常		
		胸部	斜視・その他の眼部腫瘍		
		腹部・腰部	胸郭の異常・呼吸の異常・心臓・不整脈		
		四肢	脚(内芽・ヘルニア)・腹部腫瘍・そけいヘルニア・仙骨部の異常		
		運動	四肢の運動制限・内反足		
		神経学的異常	モロー反射・筋トーンズ		
		先天性股関節形成不全	股関節脱臼・その他(大腿/そけい皮膚瘻の非対称・家族歴・女児・骨盤位分娩)		
		その他の異常	※ 股関節脱臼・または他の項目から2項目以上の該当があればリスク因子		
		その他	無・有(保護者の心身状態・その他())		
事 項 指 示 事 項	受 診 日	保護者の心配ごと	無・有()		
		栄養	良・要指導		
		1 異常なし			
		2 既医療	()		
		3 要経過観察	()		
		4 要精検	()		
		5 要治療	()		
		診査医師氏名			
		子育て支援の必要性の判定			
		特に問題なし・保健師による支援が必要・その他の支援が必要			
1 か 月 児 健 康 診 査 料 請 求 書					
金 6,040 円					
上記のとおり1か月児健康診査を実施したので診査料を請求します。					
年 月 日					
長野県 長 殿					
医療機関番号					
医療機関の所在地					
名称					
医療機関の長					

問い合わせ先

長野県塩尻市健康づくり課保健予防係

住 所 長野県塩尻市大門七番町3番3号

電 話 0263-52-0855(直通)

FAX 0263-53-3613