仕様書

１.件名　松戸市母子健康手帳別冊の印刷

２.品名　松戸市母子健康手帳　別冊　　４，１００　冊
　Ａ６（横Ａ５判２つ折り６ページを含む）　６４ページ（表紙除く）　　無線綴じ製本
　仕上がりサイズ　縦１４８㎜×横１０５㎜

３.受診票（見本参照）　　ＮＣＲ用紙（三菱製紙　ＮＣＲ　Ｎ８０　上　ＯＣＲ用）
【Ａ６判（ＯＣＲ用)】　４０枚
　○妊婦健康診査受診票　２枚複写　　１４組　　上用紙　Ｎ８０　ＯＣＲ用（２色）
　　下用紙　Ｎ４０
　※各受診票（請求用）の一枚目にそれぞれ透かしを入れる

内訳

Ａ票	Ｂ票	Ｃ－１票	Ｃ－２票
１組	４組	７組	２組

　○新生児聴覚スクリーニング検査受診票　３枚複写　１組
　　上用紙　Ｎ８０　ＯＣＲ用（２色）
　　中用紙・下用紙　Ｎ４０
　○乳児健康診査受診票　３枚複写　３組　上用紙　Ｎ８０　ＯＣＲ用（２色）
　　中用紙・下用紙　Ｎ４０
　※左７㎜位置にミシン目（別紙「現行受診票のＯＣＲ設計」参照）
　※受診票（請求用）はＯＣＲ用の「１０２　金赤」と「黒」の２色刷り
　　使用インキ　大日本インキ（株）製または、読み取りテスト合格できるインキを使用
　※受診票（請求用）は、仮納品（10 部）で富士通社製のＯＣＲ「イメージスキャナーfi-4860ｃ2、DynaEye　PRO4.0」で、読み取りテストを実施し、合格後本納品する

【Ａ６判（その他)】　３枚
　○１か月児健康診査受診票　３枚複写　１組　上用紙・中用紙・下用紙　Ｎ４０
　　※左７㎜位置にミシン目

【横Ａ５判２つ折り】　６枚
　○産婦健康診査受診票　３枚複写　　２組　　上用紙・中用紙・下用紙　Ｎ４０
　　※上７㎜位置にミシン目

４.その他

〇上質紙　　Ａ判　３５㎏　１０枚　内４枚両面刷り

〇表紙　　テンカラー　四六判　１７５㎏

５.校正３回

６.納品場所　　中央保健福祉センター内　こども家庭センター・母子保健担当室

※別表のとおり、各市民健康相談室に梱包して納品。

７.本納品期限　令和９年３月１２日（金）

別表

松戸市母子健康手帳別冊　市民健康相談室等別梱包数内訳

市民健康相談室名	梱包数
本庁	950
矢切	150
東松戸	340
小金	320
小金原	340
馬橋	200
新松戸	440
常盤平	400
六実	210
中央HC	750
合計	**4,100**

母子健康手帳別冊　受診票等　前回からの変更点　※字体の変更は無し

ページ	様式	変更内容
表紙	表	松戸市　母子健康手帳　別冊 「－令和 8 年度－」を「－令和 9 年度－」に変更
1	各票種の公費負担額	A 票：「16,600 円」を「17,100 円」に変更 C-1 票：「4,500 円」を「5,000 円」に変更 C-2 票：「9,500 円」を「10,000 円」に変更
3	A 票（2 枚複写） ①請求用 ②医療機関控	◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求内訳区分：公費負担額 「□20,500 円（選択有）」を「□21,000 円（選択有）」に変更 「□16,600 円（選択有）」を「□17,100 円（選択有）」に変更 「和暦」を削除
6 8 10 12	B 票：券種 D B 票：券種 E B 票：券種 H B 票：券種 L （全て 2 枚複写） ①請求用 ②医療機関控	◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求内訳区分：公費負担額 「和暦」を削除
15 17 19 21 23 25 27	C-1 票：券種 6 C-1 票：券種 7 C-1 票：券種 G C-1 票：券種 8 C-1 票：券種 K C-1 票：券種 9 C-1 票：券種 M （全て 2 枚複写） ①請求用 ②医療機関控	◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求内訳区分：公費負担額 「4,500 円」を「5,000 円」に変更 「和暦」を削除
30 32	C-2 票：券種 F C-2 票：券種 N （全て 2 枚複写） ①請求用 ②医療機関控	◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求内訳区分：公費負担額 「9,500 円」を「10,000 円」に変更 「和暦」を削除

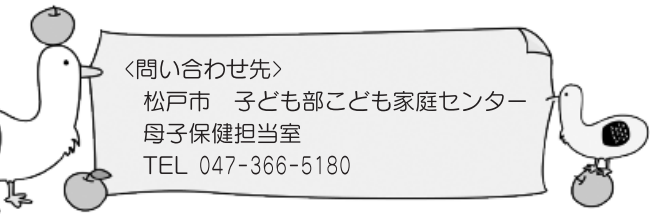
ページ	様式	変更内容
36	新生児出生連絡票（表）	オンライン申請開始に伴いレイアウトを変更 素材を「はがき」から「上質紙　A 判（コスモス)」に変更
37	新生児出生連絡票（裏）	削除
40	新生児聴覚検査 （3 枚複写） ①請求用 ②医療機関控聴覚検査 ③母子健康手帳貼付	◇医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査料請求書 「和暦」を削除
56 59 62	3～4 か月健康診査 6～7 か月健康診査 9～10 か月健康診査 （3 枚複写） ①請求用 ②医療機関控聴覚検査 ③母子健康手帳貼付	◇医療機関委託乳児健康診査料請求書 「和暦」を削除

「各健康診査の償還払い」 について

松戸市のホームページにて詳しい申請方法等が記載されていますので、確認していただき、ご申請ください。



松戸市ホームページ



〈問い合わせ先〉
松戸市　子ども部こども家庭センター
母子保健担当室
TEL 047-366-5180

No.

松戸市から転出された場合は、この別冊は使用できません。
（転出先の市区町村へ、お問い合わせください）

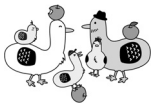


・「妊産婦健康診査」及び「乳児健康診査」等で、この冊子を利用しますので、無くさないでください！

・医療機関を利用する際に、お持ちください。

松　戸　市
母子健康手帳　別冊

－ 令和８年度 －



住所　松戸市　複写式となっております

ふりがな
氏名　住所・氏名等を記入時は下敷きをご使用ください。

※受診票の上記太枠内に「お名前・住所・生年月日・受診日等」を記入し、ご提出してください。
受診票は、複写式となってますのでご注意ください。

「各健康診査の償還払い」 について

松戸市のホームページにて詳しい申請方法等が記載されていますので、確認していただき、ご申請ください。



松戸市ホームページ



No.

松戸市から転出された場合は、この別冊は使用できません。
（転出先の市区町村へ、お問い合わせください）



・「妊産婦健康診査」及び「乳児健康診査」等で、この冊子を利用しますので、無くさないでください！

・医療機関を利用する際に、お持ちください。

松　戸　市
母子健康手帳　別冊

－ 令和 9 年度 －



住所　松戸市　複写式となっております

ふりがな
氏名　住所・氏名等を記入時は下敷きをご使用ください。

※受診票の上記太枠内に「お名前・住所・生年月日・受診日等」を記入し、ご提出してください。
受診票は、複写式となってますのでご注意ください。

旧

票　種	検　査　項　目	公費負担額
A票 （1回） ※助産所では使用できません。	**基本的な妊婦健康診査** （診察・計測・血圧・尿化学検査）	16,600円
	血液検査： 血液型（ABO血液型・Rh血液型・赤血球不規則抗体）、血糖検査、貧血検査、HBs抗原検査、C型肝炎抗体検査、HIV抗体検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体検査	
	＜選択項目＞子宮頸がん検診	3,900円
B票 （4回）	**基本的な妊婦健康診査** （診察・計測・血圧・尿化学検査）	4,500円
	＜選択項目＞超音波検査 ※医師が実施します。	5,000円
C－1票 （7回）	**基本的な妊婦健康診査** （診察・計測・血圧・尿化学検査）　5回	4,500円
	基本的な妊婦健康診査 （診察・計測・血圧・尿化学検査）＋B群溶血性レンサ球菌検査（GBS）　1回 ※B群溶血性レンサ球菌検査（GBS）は、助産所では実施できません。	4,500円
	基本的な妊婦健康診査 （診察・計測・血圧・尿化学検査）＋血液検査（貧血）　1回	4,500円
C－2票 （2回）	**基本的な妊婦健康診査** （診察・計測・血圧・尿化学検査）＋クラミジア検査	9,500円
	基本的な妊婦健康診査 （診察・計測・血圧・尿化学検査）＋血液検査（貧血・血糖・HTLV-1抗体検査）	9,500円

※助産所でC－2票を利用する場合は、基本的な妊婦健康診査費のみで5,000円の公費負担となります。クラミジア検査・HTLV－1抗体検査は実施できません。

新

票　種	検　査　項　目	公費負担額
A票 （1回） ※助産所では使用できません。	**基本的な妊婦健康診査** （診察・計測・血圧・尿化学検査）	**17,100円**
	血液検査： 血液型（ABO血液型・Rh血液型・赤血球不規則抗体）、血糖検査、貧血検査、HBs抗原検査、C型肝炎抗体検査、HIV抗体検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体検査	
	＜選択項目＞子宮頸がん検診	3,900円
B票 （4回）	**基本的な妊婦健康診査** （診察・計測・血圧・尿化学検査）	4,500円
	＜選択項目＞超音波検査 ※医師が実施します。	5,000円
C－1票 （7回）	**基本的な妊婦健康診査** （診察・計測・血圧・尿化学検査）５回	**5,000円**
	基本的な妊婦健康診査 （診察・計測・血圧・尿化学検査）＋B群溶血性レンサ球菌検査（GBS）　1回 ※B群溶血性レンサ球菌検査（GBS）は、助産所では実施できません。	**5,000円**
	基本的な妊婦健康診査 （診察・計測・血圧・尿化学検査）＋血液検査（貧血）　1回	**5,000円**
C－2票 （2回）	**基本的な妊婦健康診査** （診察・計測・血圧・尿化学検査）＋クラミジア検査	**10,000円**
	基本的な妊婦健康診査 （診察・計測・血圧・尿化学検査）＋血液検査（貧血・血糖・HTLV-1抗体検査）	**10,000円**

※助産所でＣ－２票を利用する場合は、基本的な妊婦健康診査費のみで5,000円の公費負担となります。クラミジア検査・HTLV－１抗体検査は実施できません。

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（A票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　　年　月　日

経産

生年月日　西暦　19・20　年　月　日

予定日　年　月　日

券種　3・207・　子宮　西暦 20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
血液検査	血液型・C型肝炎・梅毒・風疹・HIV抗体・血糖・貧血
HBs抗原検査（選択）	□実施　（□陽性　□陰性）　□実施せず
子宮頸がん検診	□実施　（□異常なし　□精検）　□実施せず

※子宮頸がん検診を実施した場合は、上記点線にも実線を記入して下さい。
なお、市町村の子宮がん検診との重複検診はできません。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦１回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□20,500円（選択有）　和暦　年　月　日
□16,600円（選択無）

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（A票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　　年　月　日

経産

生年月日　西暦　19・20年　月　日　　予定日　年　月　日

券種 3・207・　子宮　西暦 20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
血液検査	血液型・C型肝炎・梅毒・風疹・HIV抗体・血糖・貧血
HBs抗原検査（選択）	□実施（□陽性 □陰性） □実施せず
子宮頸がん検診	□実施（□異常なし □精検） □実施せず

※子宮頸がん検診を実施した場合は、上記点線にも実線を記入して下さい。
なお、市町村の子宮がん検診との重複検診はできません。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦１回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 21,000円（選択有）　年　月　日
□ 17,100円（選択無）

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（B票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

氏名　　受診年月日　年　月　日　初産　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種　超音波

D・207・　西暦20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦2回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 9,500円（選択有）　□ 4,500円（選択無）　和暦　年　月　日

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　印

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（B票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL　　初産

氏名　　受診年月日　　年　月　日　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日　予定日　年　月　日

券種　D・207・　超音波　西暦 20　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦２回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 9,500円（選択有）　年　月　日
□ 4,500円（選択無）

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（B票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

氏名　　受診年月日　年　月　日　初産　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種　E・207・　超音波　西暦20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦4回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 9,500円（選択有）　□ 4,500円（選択無）　和暦　年　月　日

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　印

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（B票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

氏名　　受診年月日　年　月　日

初産　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種　超音波

E・207・　西暦 20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦4回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 9,500円（選択有）　年　月　日
□ 4,500円（選択無）

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　印

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（B票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

氏名　　受診年月日　年　月　日

初産　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種　超音波

— H・207・　西暦20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦9回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 9,500円（選択有）　和暦　年　月　日
□ 4,500円（選択無）

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　印

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（B票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

氏名　　受診年月日　年　月　日

初産　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種　超音波

— H・207・　西暦20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦9回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 9,500円（選択有）　年　月　日
□ 4,500円（選択無）

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（B票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

氏名　　受診年月日　年　月　日　初産　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種　超音波

— L・207・　西暦20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦12回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 9,500円（選択有）　□ 4,500円（選択無）　和暦　年　月　日

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　印

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（B票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

氏名　　受診年月日　年　月　日

初産　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種　超音波

— L・207・　西暦20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦12回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　□ 9,500円（選択有）　年　月　日
□ 4,500円（選択無）

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　印

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL　　初産

氏名　　受診年月日　年　月　日　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日　予定日　年　月　日

券種

6・207・　西暦 20　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦3回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　4,500円　　和暦　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所　在　地

医師氏名　　㊞

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— 6 · 207 ·　西暦 20□□ 年 □□ 月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦3回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **5,000円**　　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL　　初産

氏名　　受診年月日　年　月　日　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日　予定日　年　月　日

券種

7・207・　西暦 20　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦5回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　4,500円　　和暦　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所　在　地

医師氏名　　㊞

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— 7・207・　西暦 20□□ 年 □□ 月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦5回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **5,000円**　　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL　　初産

氏名　　受診年月日　年　月　日　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日　予定日　年　月　日

券種

G・207・　西暦 20　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦7回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　4,500円　　和暦　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所　在　地

医 師 氏 名　　㊞

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— G・207・　西暦 20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦7回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **5,000円**　　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL　　初産

氏名　　受診年月日　年　月　日　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日　予定日　年　月　日

券種

8・207・　西暦 20　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦8回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　4,500円　　和暦　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所　在　地

医師氏名　　㊞

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— 8 · 207 ·　西暦 20□□ 年 □□ 月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦8回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **5,000円**　　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

K・207・　西暦 20　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

※この受診票は助産所では使用できません。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦10回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　4,500円　　和暦　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　印

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— K・207・　西暦 20□□ 年 □□ 月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

※この受診票は助産所では使用できません。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦10回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **5,000円**　　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL　　初産

氏名　　受診年月日　年　月　日　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日　予定日　年　月　日

券種

— 9 ・ 2 0 7 ・　西暦 20 □□ 年 □□ 月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦11回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　4,500円　　和暦　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所　在　地

医 師 氏 名　　㊞

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

氏名　　受診年月日　年　月　日

初産　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— 9 · 207 · 西暦 20□□ 年 □□ 月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦11回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **5,000円**　　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL　　初産

氏名　　受診年月日　年　月　日　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日　予定日　年　月　日

券種

M・207・　西暦 20　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦13回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　4,500円　　和暦　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所　在　地

医 師 氏 名　　㊞

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-1票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— M・207・　西暦 20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✓は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血検査	1回

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦13回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **5,000円**　　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（C-2票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　　年　月　日

経産

生年月日　西暦　19・20　年　月　日

予定日　年　月　日

券種

F・207・　西暦20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査+クラミジア検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血+血糖+HTLV-1抗体検査	1回

※クラミジア検査・HTLV-1抗体検査は、助産所では実施できません。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦6回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　9,500円
5,000円（助産所）

和暦　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　印

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（C-2票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— F・207・　西暦 20 年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査+クラミジア検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血+血糖+HTLV-1抗体検査	1回

※クラミジア検査・HTLV-1抗体検査は、助産所では実施できません。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦6回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **10,000円**　　年　月　日

5,000円（助産所）

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用(C-2票)

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL　　初産

氏名　　受診年月日　年　月　日　経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

N・207・　西暦 20　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査+クラミジア検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血+血糖+HTLV-1抗体検査	1回

※クラミジア検査・HTLV-1抗体検査は、助産所では実施できません。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦14回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額　9,500円　　和暦　年　月　日
5,000円（助産所）

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

新

※本受診票は、妊婦健康診査費用の一部を公費負担するものです。

請求用（C-2票）

No.

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所 松戸市　　TEL

初産

氏名　　受診年月日　年　月　日

経産

生年月日　西暦 19・20 年　月　日

予定日　年　月　日

券種

— N・207・　西暦 20　年　月扱

●妊娠週数と該当する□への✓は医療機関でご記入下さい

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
□基本的な妊婦健康診査+クラミジア検査	1回
□基本的な妊婦健康診査+貧血+血糖+HTLV-1抗体検査	1回

※クラミジア検査・HTLV-1抗体検査は、助産所では実施できません。

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦14回目

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

公費負担額 **10,000円**
5,000円（助産所）　　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名

所在地

医師氏名　　㊞

旧

請求用

新生児聴覚検査　生後50日以内に使用

No.

※本受診票は、新生児聴覚スクリーニング検査における初回検査費用の一部を公費負担とするものです。
※本受診票は、2回目以降の検査には使用できません。

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

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)

乳児氏名(空欄可)　　男・女　単・多

住所 松戸市

TEL

―　1・2 0 7・　西暦 20　年　月扱

↓数字を記入

出生順位(多胎児の場合)：(　　)　検査時の日齢：(　　)日

児の生年月日　西暦 20　年　月　日

●医療機関でご記入下さい

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 □OAE	右 □パス・□リファー 左 □パス・□リファー
※リファーの場合繰り返し検査の結果	20　年　月　日	□自動ABR □その他 □OAE	右 □パス・□リファー 左 □パス・□リファー
特記事項			

◇医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査料請求書

●医療機関でご記入下さい

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　　㊞

新

請求用

新生児聴覚検査　生後50日以内に使用

No.

※本受診票は、新生児聴覚スクリーニング検査における初回検査費用の一部を公費負担とするものです。
※本受診票は、2回目以降の検査には使用できません。

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

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)

乳児氏名(空欄可)　　男・女　単・多

住所 松戸市

TEL

―　1・2 0 7・　西暦 20　年　月扱

↓数字を記入

出生順位(多胎児の場合)：(　　)　検査時の日齢：(　　)日

児の生年月日　西暦 20　年　月　日

●医療機関でご記入下さい

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 □OAE	右 □パス・□リファー 左 □パス・□リファー
※リファーの場合繰り返し検査の結果	20　年　月　日	□自動ABR □その他 □OAE	右 □パス・□リファー 左 □パス・□リファー
特記事項			

◇医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査料請求書

●医療機関でご記入下さい

公費負担額　3,000円　　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　　㊞

旧

請 求 用

3～4か月健康診査

No.

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

医療機関委託乳児健康診査受診票（一部公費負担）

乳児氏名　　男　女

西暦 20　年　月　日生

TEL

住所 松戸市　　出生時体重　　g

受診年月日　年　月　日　受診時の月齢　か月　日

―　4・207・　西暦 20　年　月扱

●医療機関でご記入下さい

☆発育栄養状態　問題なし・あり

体重　.　kg　身長　.　cm

頭囲　.　cm

栄養方法　母乳・混合・人工　栄養状態　肥満・普通・やせ

☆精神運動機能の発達　問題なし・あり（　）

☆疾病又は異常　問題なし・あり

発育　皮膚疾患　心異常　先天奇形　中枢神経系異常　聴力　視力　その他

（　）

総合　問題なし・既医療・経過観察・要紹介(要精密)・要紹介(要治療)

☆育児上の心配等連絡事項　なし・あり（　）

◇医療機関委託乳児健康診査料請求書

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

金　　円

上記のとおり請求します。　和暦　年　月　日

医療機関名

所　在　地

医師氏名　　㊞

新

請 求 用

3～4か月健康診査

No.

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

医療機関委託乳児健康診査受診票（一部公費負担）

乳児氏名　　男 女

西暦 20　年　月　日生

TEL

住所 松戸市　　出生時体重　　g

受診年月日　年　月　日　　受診時の月齢　か月　日

— 4 · 207 ·　西暦 20　年　月扱

●医療機関でご記入下さい

☆発育栄養状態　問題なし ・ あり

体重　.　kg　身長　.　cm

頭囲　.　cm

栄養方法　母乳・混合・人工　栄養状態　肥満・普通・やせ

☆精神運動機能の発達　問題なし ・ あり（　）

☆疾病又は異常　問題なし ・ あり

発育　皮膚疾患　心異常　先天奇形　中枢神経系異常　聴力　視力　その他

（　）

総合　問題なし・既医療・経過観察・要紹介(要精密)・要紹介(要治療)

☆育児上の心配等連絡事項　なし ・ あり（　）

◇医療機関委託乳児健康診査料請求書

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

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　　㊞

旧

請 求 用

6～7か月健康診査

No.

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

医療機関委託乳児健康診査受診票（一部公費負担）

乳児氏名　　男　女　　西暦 20　年　月　日　生

TEL

住所 松戸市　　出生時体重　　g

受診年月日　年　月　日　　受診時の月齢　か月　日

―　4・207・　西暦 20　年　月扱

●医療機関でご記入下さい

☆発育栄養状態　問題なし・あり

体重　.　kg　身長　.　cm

頭囲　.　cm

離乳　開始・未開始　栄養状態　肥満・普通・やせ

☆精神運動機能の発達　問題なし・あり（　）

☆疾病又は異常　問題なし・あり

発育　皮膚疾患　心異常　先天奇形　中枢神経系異常　聴力　視力　その他

（　）

総合　問題なし・既医療・経過観察・要紹介(要精密)・要紹介(要治療)

☆育児上の心配等連絡事項　なし・あり（　）

◇医療機関委託乳児健康診査料請求書

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

金　　円

上記のとおり請求します。　和暦　年　月　日

医療機関名

所 在 地

医 師 氏 名　　㊞

新

請 求 用

6～7か月健康診査

No.

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

医療機関委託乳児健康診査受診票（一部公費負担）

乳児氏名　　男　女

西暦 20　年　月　日生

TEL

住所 松戸市　　出生時体重　　g

受診年月日　年　月　日　受診時の月齢　か月　日

―　4・207・　西暦 20　年　月扱

●医療機関でご記入下さい

☆発育栄養状態	問題なし ・ あり		
体重 . kg		身長 . cm	
頭囲 . cm			
離乳	開始・未開始	栄養状態	肥満・普通・やせ
☆精神運動機能の発達	問題なし ・ あり（　）		
☆疾病又は異常	問題なし ・ あり		

発育　皮膚疾患　心異常　先天奇形　中枢神経系異常　聴力　視力　その他

（　）

総合　問題なし・既医療・経過観察・要紹介(要精密)・要紹介(要治療)

☆育児上の心配等連絡事項　なし ・ あり（　）

◇医療機関委託乳児健康診査料請求書

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

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　　㊞

旧

請 求 用

9～10か月健康診査

No.

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

医療機関委託乳児健康診査受診票（一部公費負担）

乳児氏名　　男　女

西暦 20　年　月　日生

TEL

住所 松戸市　　出生時体重　　g

受診年月日　年　月　日　受診時の月齢　か月　日

―　5・207・　西暦 20　年　月扱

●医療機関でご記入下さい

☆発育栄養状態　問題なし・あり

体重　.　kg　身長　.　cm

頭囲　.　cm

栄養方法　母乳・混合・人工　栄養状態　肥満・普通・やせ

☆精神運動機能の発達　問題なし・あり（　）

☆疾病又は異常　問題なし・あり

発育　皮膚疾患　心異常　先天奇形　中枢神経系異常　聴力　視力　その他

（　）

総合　問題なし・既医療・経過観察・要紹介(要精密)・要紹介(要治療)

☆育児上の心配等連絡事項　なし・あり（　）

◇医療機関委託乳児健康診査料請求書

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

金　　円

上記のとおり請求します。　和暦　年　月　日

医療機関名

所 在 地

医 師 氏 名　　㊞

新

請 求 用

9～10か月健康診査

No.

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

医療機関委託乳児健康診査受診票（一部公費負担）

乳児氏名　　男　女

西暦 20　年　月　日生

TEL

住所 松戸市　　出生時体重　　g

受診年月日　年　月　日　受診時の月齢　か月　日

— 5・207・　西暦 20　年　月扱

●医療機関でご記入下さい

☆発育栄養状態　問題なし・あり

体重　.　kg　身長　.　cm

頭囲　.　cm

栄養方法　母乳・混合・人工　栄養状態　肥満・普通・やせ

☆精神運動機能の発達　問題なし・あり（　）

☆疾病又は異常　問題なし・あり

発育　皮膚疾患　心異常　先天奇形　中枢神経系異常　聴力　視力　その他

（　）

総合　問題なし・既医療・経過観察・要紹介(要精密)・要紹介(要治療)

☆育児上の心配等連絡事項　なし・あり（　）

◇医療機関委託乳児健康診査料請求書

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

金　　円

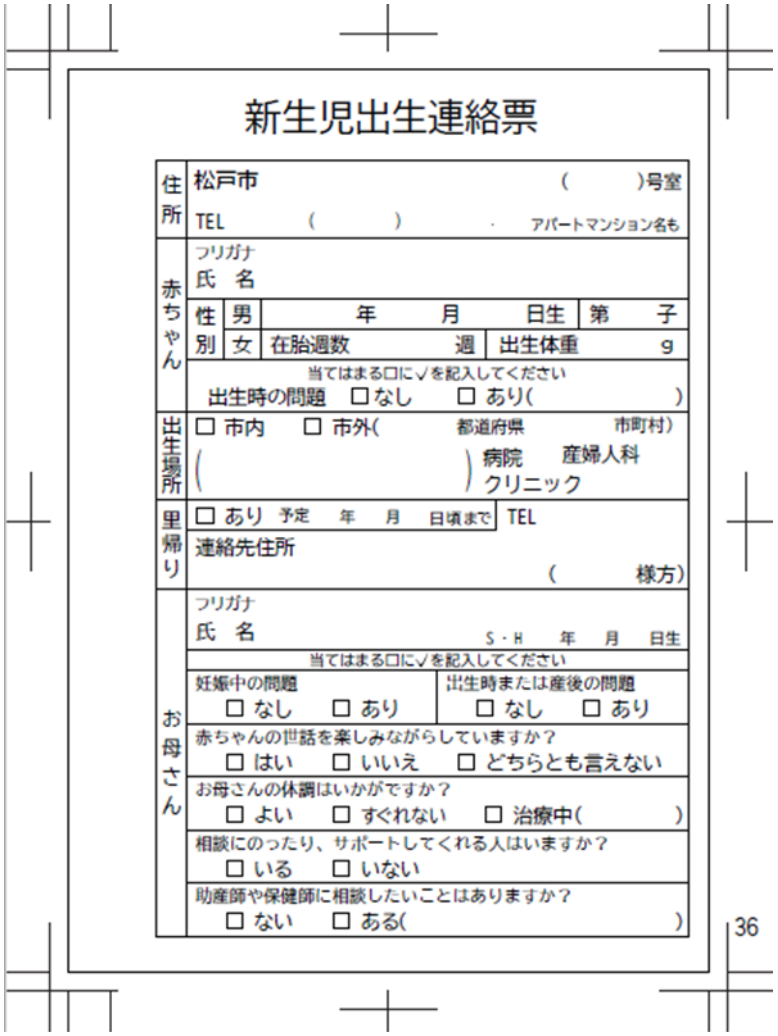
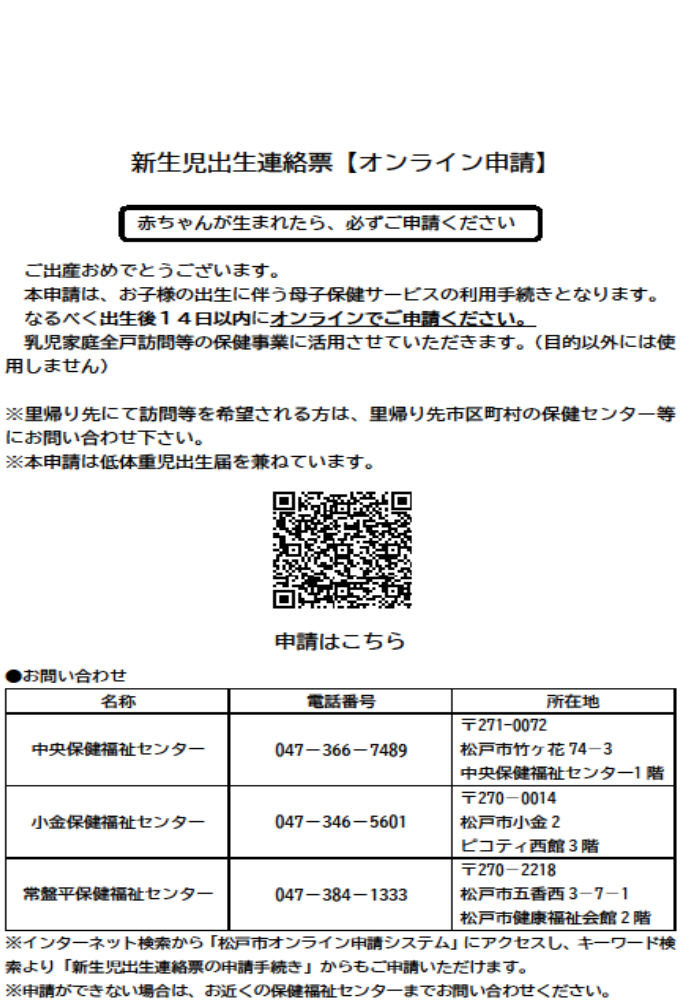
上記のとおり請求します。　年　月　日

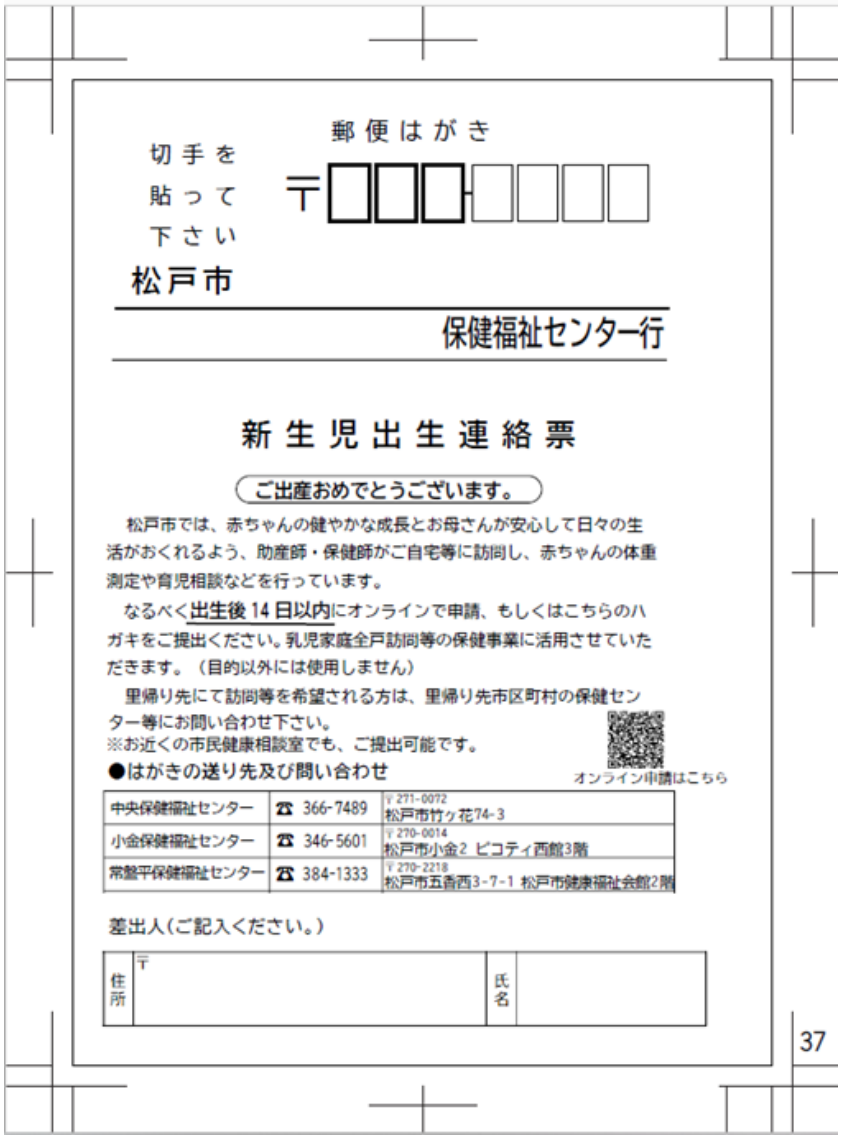
医療機関名

所 在 地

医 師 氏 名　　㊞

新生児連絡票（別冊）　新旧対照表

	旧	新
詳細 （表）		

詳細 （裏）	 郵便はがき 切手を貼って下さい 〒□□□-□□□□ 松戸市 保健福祉センター行 新生児出生連絡票 ご出産おめでとうございます。 松戸市では、赤ちゃんの健やかな成長とお母さんが安心して日々の生活がおくれるよう、助産師・保健師がご自宅等に訪問し、赤ちゃんの体重測定や育児相談などを行っています。 なるべく出生後14日以内にオンラインで申請、もしくはこちらのハガキをご提出ください。乳児家庭全戸訪問等の保健事業に活用させていただきます。（目的以外には使用しません） 里帰り先にて訪問等を希望される方は、里帰り先市区町村の保健センター等にお問い合わせ下さい。 ※お近くの市民健康相談室でも、ご提出可能です。 オンライン申請はこちら ●はがきの送り先及び問い合わせ 中央保健福祉センター ☎ 366-7489 〒271-0072 松戸市竹ヶ花74-3 小金保健福祉センター ☎ 346-5601 〒270-0014 松戸市小金2 ピコティ西館3階 常盤平保健福祉センター ☎ 384-1333 〒270-2218 松戸市五香西3-7-1 松戸市健康福祉会館2階 差出人（ご記入ください。） 住所 〒 氏名 37	なし
素材	はがき	上質紙　A判（コスモス）

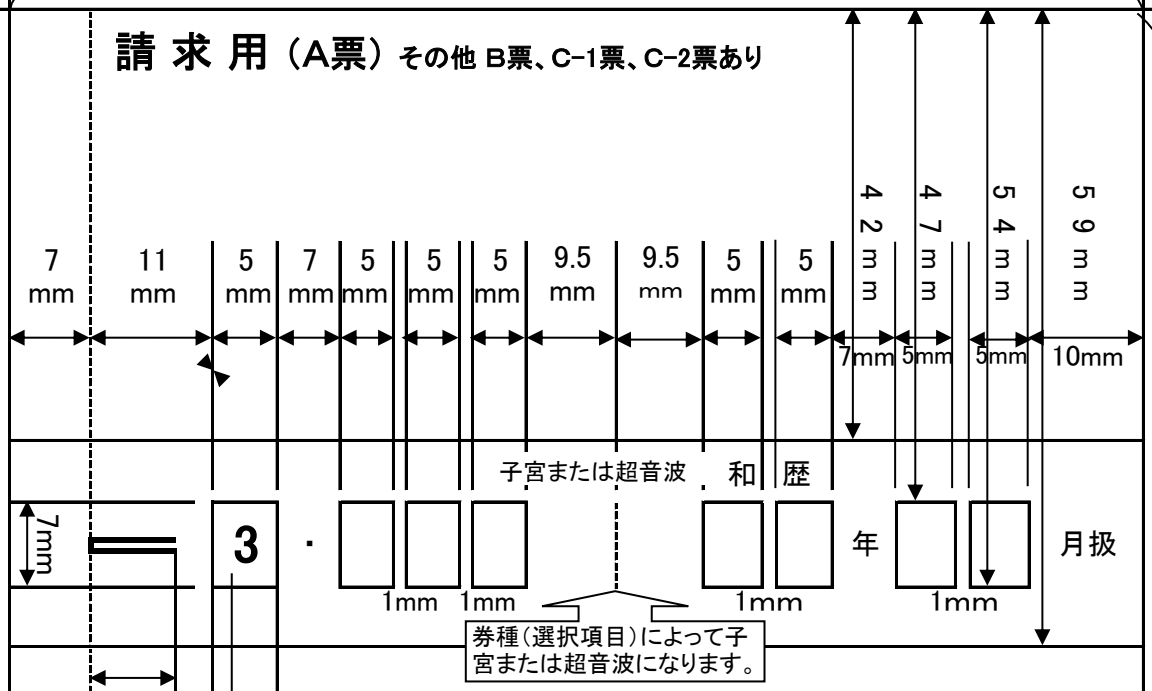
現行受診票のOCR設計

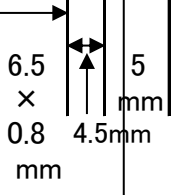
参考

105mm

148mm

98mm





※用紙は、

『三菱製紙 NCR N80 上 OCR用』

を使用します。

1. 用紙種類 ： NEC N80上 OCR用
2. サイズ ： 受診票本体の部分 縦148mm×横98mm
   なお、左側部分に7mmの綴り込み部分、ミシン目をつける。
   （98mm＋7mm＝105mm）
3. 印刷インク：大日本インキ株式会社
   OCR用の「赤色系」インクを使用。
4. 設計と試験：OCR設計技術を有する業者に依頼し、「刷り見本」で読取り試験を実施して読込めることを確認して下さい。なお、読取り試験は、富士通社製のOCR「イメージスキャナーfi-4860c2、DynaEye Pro4.0」を使用し、読取りが可能であることを必ずご確認下さい。※財団にてテストを行います。
5. 受診票券種について： **3**（妊婦1回目） **D**(妊婦2回目） **6**(妊婦3回目）
   E（妊婦4回目） **7**（妊婦5回目） **F**（妊婦6回目）
   G（妊婦7回目） **8**（妊婦8回目） **H**（妊婦9回目）
   K（妊婦10回目） **9**（妊婦11回目） **L**（妊婦12回目）
   M（妊婦13回目） **N**（妊婦14回目）
   1（新生児聴覚スクリーニング検査）
   4・5（乳児健診）
6. 市町村コードの印刷

※ 受診票は二枚複写になっています。一枚目・・・請求用（原本） 二枚目・・・医療機関控え

医療機関控（A票） No.

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所　　TEL　　初産　経産

氏名　　受診年月日　年　月　日

生年月日 昭・平　予定日　年　月　日

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい（縦横4mmマスを使用）

券種 3 ・ ・ 子宮　平成　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察　計測　血圧　尿化学検査　保健指導
血液検査	血液型　B　C型肝炎　梅毒　風疹 HIV抗体　血糖　貧血
子宮頸がん検診（選択）	□実施（□異常なし □精検）　□実施せず

※子宮頸がん検診を実施した場合は、上記点線にも実線を記入して下さい。
なお、市町村の子宮がん検診との重複検診はできません。

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇今後の方針　縦横2mmマスを使用

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦1回目

公費負担額　□15,000円（選択有）　□11,600円（選択無）　平成　年　月　日

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名
所在地
医師氏名　㊞

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

その他同様のレイアウトは券種 7、G、8、K、9、M

医療機関控（C−1票） No.

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所　　TEL　　初産　経産

氏名　　受診年月日　年　月　日

生年月日 昭・平　予定日　年　月　日

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

券種 6 ・ ・ 平成　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
▲基本的な妊婦健康診査	5回
□基本的な妊婦健康診査＋B群溶血性レンサ球菌検査	1回
□基本的な妊婦健康診査＋貧血検査	1回

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

縦横2mmマスを使用

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　▲その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦3回目

公費負担額　4,000円　平成　年　月　日

上記の金額を請求します。

医療機関名
所在地
医師氏名　㊞

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

その他同様のレイアウトは券種 E、H、L

医療機関控（B票） No.

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所　　TEL　　初産　経産

氏名　　受診年月日　年　月　日

生年月日 昭・平　予定日　年　月　日

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

券種 D ・ ・ 超音波　平成　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	検査内容
基本的な妊婦健康診査	診察・計測・血圧・尿化学検査・保健指導
超音波検査（選択）	□実施　□実施せず

※超音波検査は医師が実施した場合のみ、上記点線にも実線を記入して下さい。

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

◇今後の方針　縦横4mmマスを使用

□当院管理　□他機関管理　□その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦2回目

公費負担額　□9,000円（選択有）　□4,000円（選択無）　平成　年　月　日

上記の□へ✔を付けた金額を請求します。

医療機関名
所在地
医師氏名　㊞

●細枠の中は医療機関でご記入下さい

その他同様のレイアウトは券種 N

医療機関控（C−2票） No.

医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）

住所　　TEL　　初産　経産

氏名　　受診年月日　年　月　日

生年月日 昭・平　予定日　年　月　日

●太枠の中は妊婦さん自身でご記入下さい

券種 F ・ ・ 平成　年　月扱

◇医療機関委託妊婦健康診査内容　妊娠（　）週

検査項目	実施回数
▲基本的な妊婦健康診査＋クラミジア検査	1回
□基本的な妊婦健康診査＋貧血＋血糖＋HTLV−1抗体検査	1回

※クラミジア検査・HTLV−1抗体検査は、助産所では実施できません。

●妊娠週数と該当する□への✔は医療機関でご記入下さい

縦横2mmマスを使用

◇今後の方針

□当院管理　□他機関管理　▲その他（　）

◇医療機関委託妊婦健康診査料請求書　請求用内訳区分 妊婦6回目

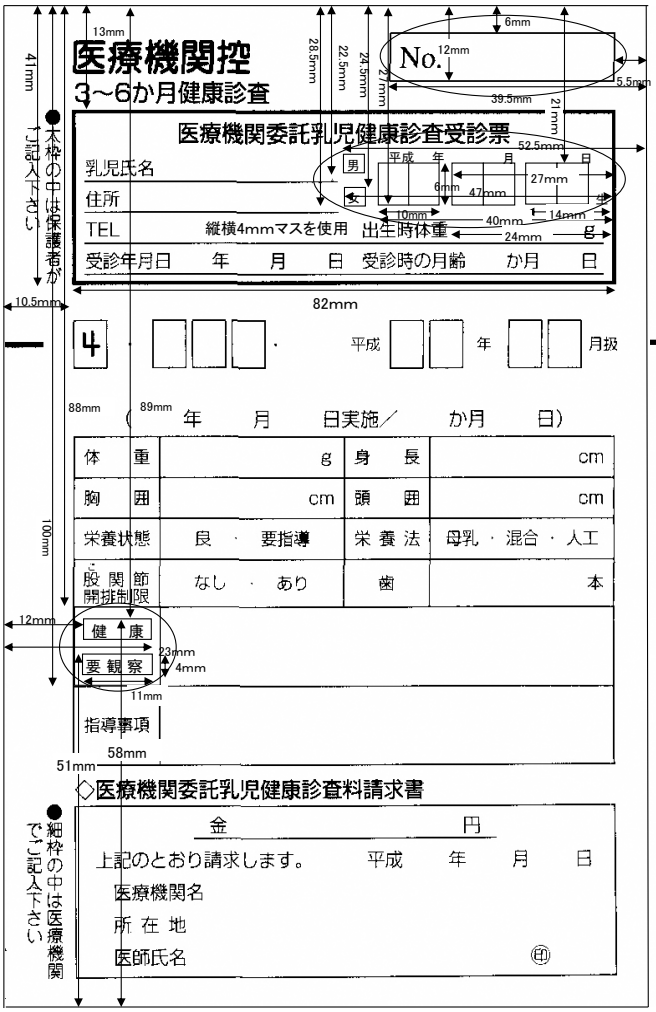
公費負担額　7,000円　4,000円（助産所）　平成　年　月　日

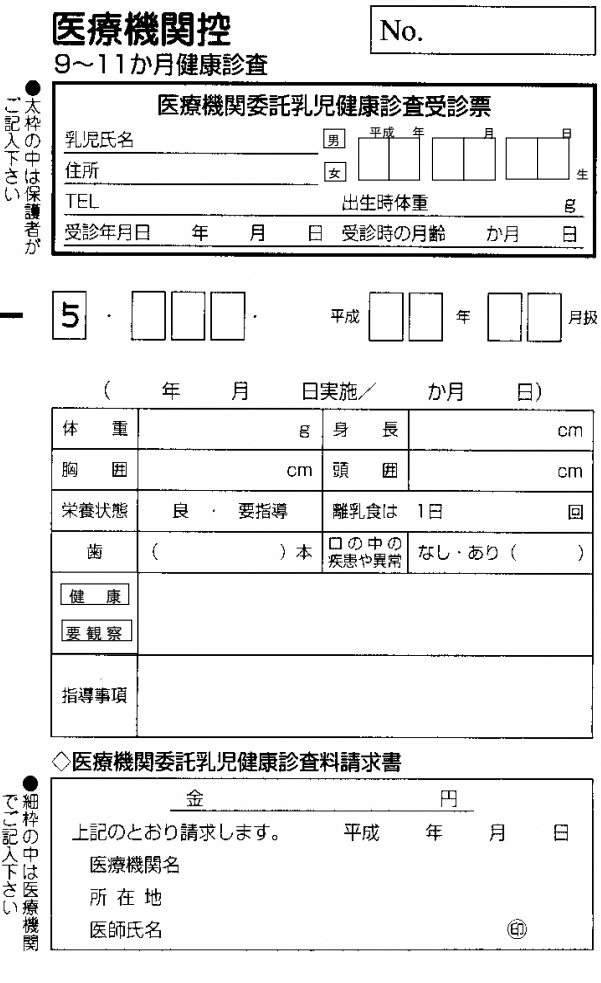
上記の金額を請求します。

医療機関名
所在地
医師氏名　㊞

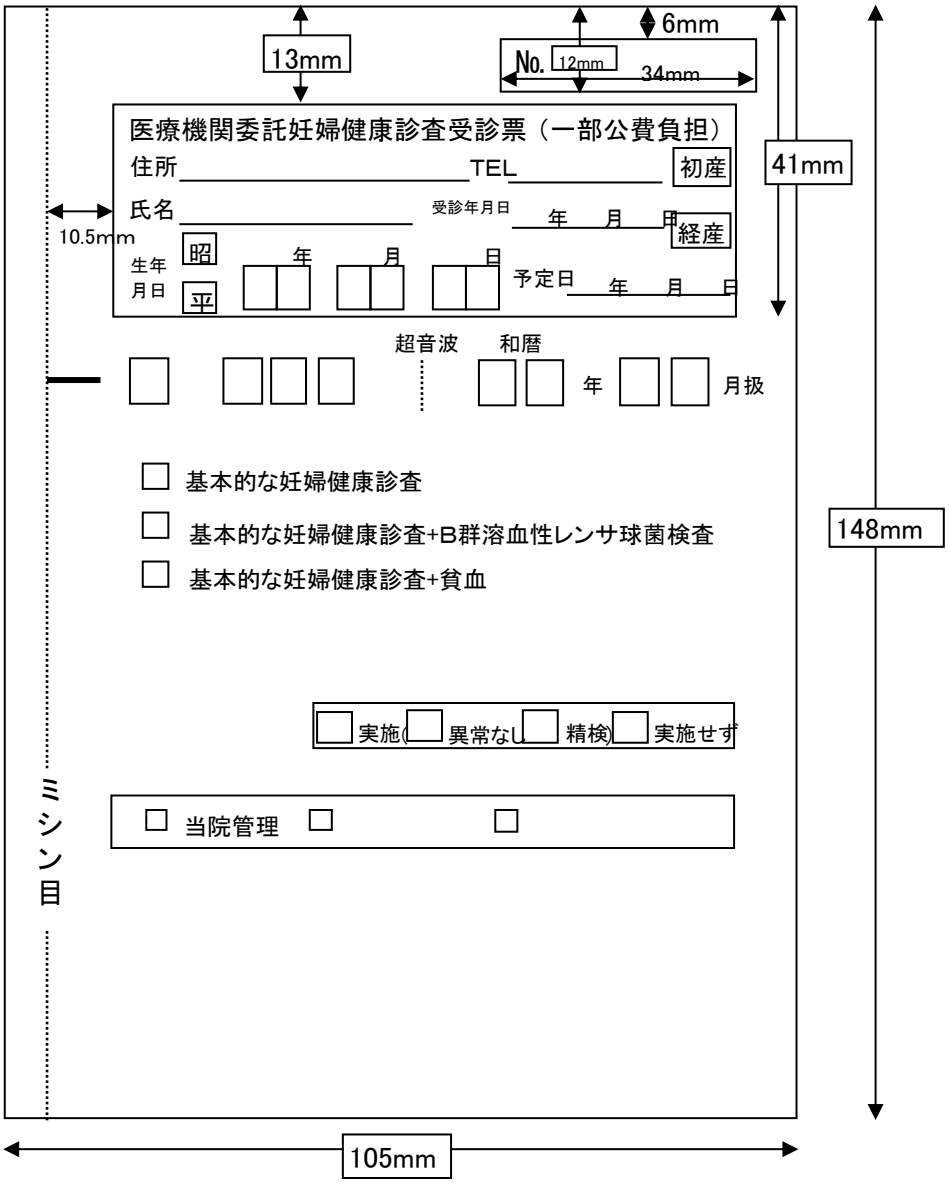
●細枠の中は医療機関でご記入下さい

乳児

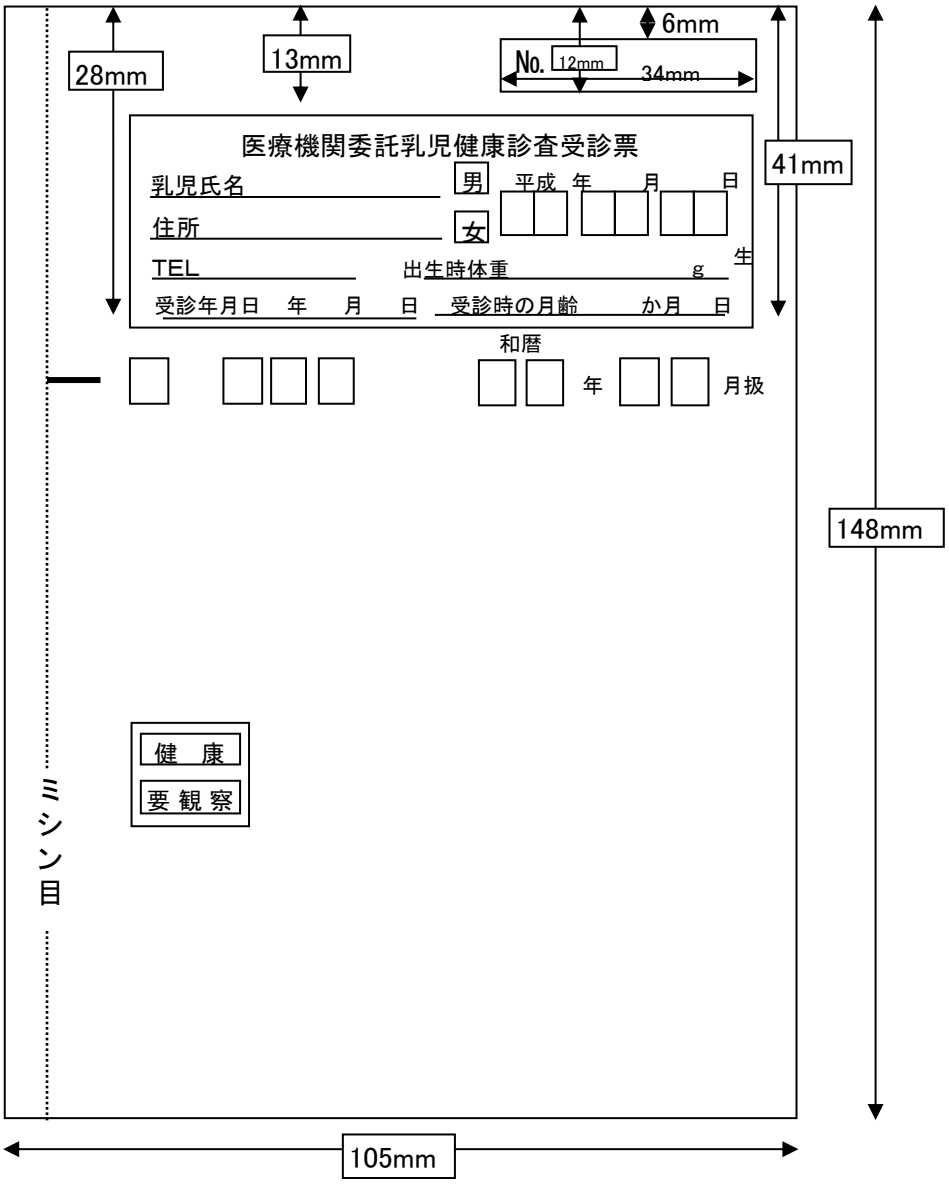

医療機関控
3～6か月健康診査
No.
医療機関委託乳児健康診査受診票
乳児氏名
住所
TEL
縦横4mmマスを使用
出生時体重
g
受診年月日
年 月 日
受診時の月齢
か月 日
男
女
平成 年 月 日
生
●太枠の中は保護者がご記入下さい
4 ・ ・ 平成 年 月扱
(年 月 日実施／ か月 日)
体 重 g
身 長 cm
胸 囲 cm
頭 囲 cm
栄養状態 良 ・ 要指導
栄養法 母乳 ・ 混合 ・ 人工
股関節開排制限 なし ・ あり
歯 本
健 康
要観察
指導事項
◇医療機関委託乳児健康診査料請求書
金 円
上記のとおり請求します。 平成 年 月 日
医療機関名
所在地
医師氏名 ㊞
●細枠の中は医療機関でご記入下さい


医療機関控
9～11か月健康診査
No.
医療機関委託乳児健康診査受診票
乳児氏名
住所
TEL
出生時体重
g
受診年月日
年 月 日
受診時の月齢
か月 日
男
女
平成 年 月 日
生
●太枠の中は保護者がご記入下さい
5 ・ ・ 平成 年 月扱
(年 月 日実施／ か月 日)
体 重 g
身 長 cm
胸 囲 cm
頭 囲 cm
栄養状態 良 ・ 要指導
離乳食は 1日 回
歯 ( ) 本
口の中の疾患や異常 なし・あり ( )
健 康
要観察
指導事項
◇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。 平成 年 月 日
医療機関名
所在地
医師氏名 ㊞
●細枠の中は医療機関でご記入下さい

妊婦レイアウト


13mm
6mm
No.
12mm
34mm
医療機関委託妊婦健康診査受診票（一部公費負担）
住所
TEL
初産
41mm
氏名
受診年月日
年 月 日
経産
10.5mm
生年
月日
昭
平
年 月 日
予定日
年 月 日
超音波
和暦
年
月扱
基本的な妊婦健康診査
基本的な妊婦健康診査+B群溶血性レンサ球菌検査
基本的な妊婦健康診査+貧血
148mm
実施(異常なし 精検) 実施せず
当院管理
ミシン目
105mm

乳児レイアウト


28mm
13mm
6mm
No.
12mm
34mm
41mm
医療機関委託乳児健康診査受診票
乳児氏名
男
女
平成 年 月 日
住所
TEL
出生時体重 g
生
受診年月日 年 月 日
受診時の月齢 か月 日
和暦
年
月扱
148mm
健 康
要 観 察
ミシン目
105mm

請求用

新生児聴覚検査　生後50日以内に使用

※本受診票は、新生児聴覚スクリーニング検査における初回検査費用の一部を公費負担とするものです。
※本受診票は、2回目以降の検査には使用できません。

No.

●太枠の中は保護者がご記入下さい。

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)

乳児氏名(空欄可)　　男・女　単・多

住所 松戸市

TEL

和暦

1・2 0 7・　　年　　月扱

↓数字を記入

出生順位(多胎児の場合)：(　　)　　検査時の日齢：(　　)日

児の生年月日　和暦　　年　　月　　日

●医療機関でご記入下さい

検査項目	検査年月日	検査機種	検査結果
初回検査	和暦　年 月　日	□自動ABR □その他 □OAE	右 □パス・□リファー 左 □パス・□リファー
※リファーの場合繰り返し検査の結果	和暦　年 月　日	□自動ABR □その他 □OAE	右 □パス・□リファー 左 □パス・□リファー
特記事項			

◇医療機関委託新生児聴覚スクリーニング検査料請求書

●医療機関でご記入下さい

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　　㊞

松戸市産婦健康診査受診票　（　□産後２週間　　□産後１か月　）　（①請求用）

健康診査前に、下記の**太枠内**を記入し、受診の際に医療機関等へご提出ください。　（出産日：　年　月　日）

ふりがな 産婦氏名	生年月日 年　月　日 （　歳）	住所　松戸市	日中連絡可能な電話番号

Ⅰ産後の気分についておたずねします。受診日から**過去7日間**のあなたが感じたことに最も近い答えにチェック☑をつけてください。
必ず10項目全部に答えてください。

1	**笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった**			
	□いつもと同様にできた	□あまりできなかった	□明らかにできなかった	□全くできなかった
2	**物事を楽しみにして待った**			
	□いつもと同様にできた	□あまりできなかった	□明らかにできなかった	□ほとんどできなかった
3	**物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、時々そうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くなかった
4	**はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした**			
	□いいえ、そうではなかった	□ほとんどそうではなかった	□はい、時々あった	□はい、しょっちゅうあった
5	**はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた**			
	□はい、しょっちゅうあった	□はい、時々あった	□いいえ、めったになかった	□いいえ、全くなかった
6	**することがたくさんあって大変だった**			
	□はい、たいてい対処できなかった	□はい、いつものようにはうまく対処できなかった	□いいえ、たいていうまく対処した	□いいえ、普段通りに対処した
7	**不幸な気分なので、眠りにくかった**			
	□はい、ほとんどいつもそうだった	□はい、時々そうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くなかった
8	**悲しくなったり、惨めになったりした**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、かなりしばしばそうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くそうではなかった
9	**不幸せな気分だったので、泣いていた**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、かなりしばしばそうだった	□ほんの時々あった	□いいえ、全くそうではなかった
10	**自分自身を傷つけるという考えがうかんできた**			
	□はい、かなりしばしばそうだった	□時々そうだった	□めったになかった	□全くなかった

Ⅱ下記の項目についてあてはまるものに○等をご記入ください。

○現在の身体状況を教えてください。
・身体の痛み（ ない・ある→部位：　　）　・食欲（ ある・ない→いつから　　）　・体調（ 良い・ふつう・悪い ）
・精神疾患（ なし・現在受診中・過去に受診あり（　）歳頃→うつ病・パニック障害・不安神経症・統合失調症・その他（　　）
　→服薬（ あり・なし ）
・その他現病・服薬状況（　　）

○現在の生活状況を教えてください。
・授乳状況（ 母乳・混合・人工乳 ）　・喫煙していますか（ いいえ・はい →　　本/日 ）
・飲酒していますか（ いいえ・はい → 時々・毎日 ）　・睡眠はとれていますか（ はい・いいえ ）　1日の睡眠時間（約　　時間）
・支援者はいますか（ はい・いいえ ）
★医師・助産師に相談したいこと
（　　）

医療機関等の記載欄　　**※松戸市と委託契約をしていない医療機関でも、「③医療機関控」は医療機関で保管ください。**

判定	ア 健康　イ 当院経過管理　ウ 要支援 →（松戸市への電話連絡　済・無 ）　※至急の場合はお電話ください			
診察	子宮の復古	良　否	保健指導	□特になし
	悪露	正　否		□他院紹介（　　）
	乳房の状態			□その他（　　）
測定・検査	血圧	／	実施日　年　月　日	
	尿検査 蛋白	－・＋・＋＋		
	尿検査 糖	－・＋・＋＋	所在地	
	体重	kg	委託医療機関等名称	
EPDS	合計　点	問10　点	医師・助産師氏名	

〈注意事項〉
償還払いは、「医療機関等の記載欄」をすべて記入した場合に限り、対象になります。

【問合せ】松戸市子ども家庭センター母子保健担当室　電話047-366-5180

松戸市産婦健康診査受診票　（　□産後２週間　　□産後１か月　）　（②医療機関控）

健康診査前に、下記の**太枠内**を記入し、受診の際に医療機関等へご提出ください。　（出産日：　年　月　日）

ふりがな 産婦氏名	生年月日 年　月　日 （　歳）	住所　松戸市	日中連絡可能な電話番号

Ⅰ産後の気分についておたずねします。受診日から**過去7日間**のあなたが感じたことに最も近い答えにチェック☑をつけてください。
必ず10項目全部に答えてください。

1	**笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった**			
	□いつもと同様にできた	□あまりできなかった	□明らかにできなかった	□全くできなかった
2	**物事を楽しみにして待った**			
	□いつもと同様にできた	□あまりできなかった	□明らかにできなかった	□ほとんどできなかった
3	**物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、時々そうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くなかった
4	**はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした**			
	□いいえ、そうではなかった	□ほとんどそうではなかった	□はい、時々あった	□はい、しょっちゅうあった
5	**はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた**			
	□はい、しょっちゅうあった	□はい、時々あった	□いいえ、めったになかった	□いいえ、全くなかった
6	**することがたくさんあって大変だった**			
	□はい、たいてい対処できなかった	□はい、いつものようにはうまく対処できなかった	□いいえ、たいていうまく対処した	□いいえ、普段通りに対処した
7	**不幸な気分なので、眠りにくかった**			
	□はい、ほとんどいつもそうだった	□はい、時々そうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くなかった
8	**悲しくなったり、惨めになったりした**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、かなりしばしばそうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くそうではなかった
9	**不幸せな気分だったので、泣いていた**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、かなりしばしばそうだった	□ほんの時々あった	□いいえ、全くそうではなかった
10	**自分自身を傷つけるという考えがうかんできた**			
	□はい、かなりしばしばそうだった	□時々そうだった	□めったになかった	□全くなかった

Ⅱ下記の項目についてあてはまるものに○等をご記入ください。

○現在の身体状況を教えてください。
・身体の痛み（ ない・ある→部位：　　）・食欲（ ある・ない→いつから　　）・体調（ 良い・ふつう・悪い ）
・精神疾患（ なし・現在受診中・過去に受診あり（　）歳頃→うつ病・パニック障害・不安神経症・統合失調症・その他（　　）
　→服薬（ あり・なし ）
・その他現病・服薬状況（　　）

○現在の生活状況を教えてください。
・授乳状況（ 母乳・混合・人工乳 ）　・喫煙していますか（ いいえ・はい →　　本/日 ）
・飲酒していますか（ いいえ・はい → 時々・毎日 ）　・睡眠はとれていますか（ はい・いいえ ）　1日の睡眠時間（約　　時間）
・支援者はいますか（ はい・いいえ ）
★医師・助産師に相談したいこと
（　　）

医療機関等の記載欄　　**※松戸市と委託契約をしていない医療機関でも、「③医療機関控」は医療機関で保管ください。**

判定	ア 健康　イ 当院経過管理　ウ 要支援 →（松戸市への電話連絡　済・無 ）　※至急の場合はお電話ください			
診察	子宮の復古	良　否	保健指導	□特になし
	悪露	正　否		□他院紹介（　　）
	乳房の状態			□その他（　　）
測定・検査	血圧	／	実施日　年　月　日	
	尿検査 蛋白	－・＋・＋＋		
	尿検査 糖	－・＋・＋＋	所在地	
	体重	kg	委託医療機関等名称	
EPDS	合計　点	問10　点	医師・助産師氏名	

〈注意事項〉
償還払いは、「医療機関等の記載欄」をすべて記入した場合に限り、対象になります。

【問合せ】松戸市子ども家庭センター母子保健担当室　電話047-366-5180

松戸市産婦健康診査受診票　（　□産後２週間　　□産後１か月　）　（③本人控）

健康診査前に、下記の**太枠内**を記入し、受診の際に医療機関等へご提出ください。　（出産日：　年　月　日）

ふりがな 産婦氏名	生年月日 年　月　日 （　歳）	住所　松戸市	日中連絡可能な電話番号

Ⅰ産後の気分についておたずねします。受診日から**過去7日間**のあなたが感じたことに最も近い答えにチェック☑をつけてください。
必ず10項目全部に答えてください。

1	**笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった**			
	□いつもと同様にできた	□あまりできなかった	□明らかにできなかった	□全くできなかった
2	**物事を楽しみにして待った**			
	□いつもと同様にできた	□あまりできなかった	□明らかにできなかった	□ほとんどできなかった
3	**物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、時々そうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くなかった
4	**はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした**			
	□いいえ、そうではなかった	□ほとんどそうではなかった	□はい、時々あった	□はい、しょっちゅうあった
5	**はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた**			
	□はい、しょっちゅうあった	□はい、時々あった	□いいえ、めったになかった	□いいえ、全くなかった
6	**することがたくさんあって大変だった**			
	□はい、たいてい対処できなかった	□はい、いつものようにはうまく対処できなかった	□いいえ、たいていうまく対処した	□いいえ、普段通りに対処した
7	**不幸な気分なので、眠りにくかった**			
	□はい、ほとんどいつもそうだった	□はい、時々そうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くなかった
8	**悲しくなったり、惨めになったりした**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、かなりしばしばそうだった	□いいえ、あまり度々ではなかった	□いいえ、全くそうではなかった
9	**不幸せな気分だったので、泣いていた**			
	□はい、たいていそうだった	□はい、かなりしばしばそうだった	□ほんの時々あった	□いいえ、全くそうではなかった
10	**自分自身を傷つけるという考えがうかんできた**			
	□はい、かなりしばしばそうだった	□時々そうだった	□めったになかった	□全くなかった

Ⅱ下記の項目についてあてはまるものに○等をご記入ください。

○現在の身体状況を教えてください。
・身体の痛み（ ない・ある→部位：　　）・食欲（ ある・ない→いつから　　）・体調（ 良い・ふつう・悪い ）
・精神疾患（ なし・現在受診中・過去に受診あり（　）歳頃→うつ病・パニック障害・不安神経症・統合失調症・その他（　　）
　→服薬（ あり・なし ）
・その他現病・服薬状況（　　）

○現在の生活状況を教えてください。
・授乳状況（ 母乳・混合・人工乳 ）　・喫煙していますか（ いいえ・はい →　　本/日 ）
・飲酒していますか（ いいえ・はい → 時々・毎日 ）　・睡眠はとれていますか（ はい・いいえ ）　1日の睡眠時間（約　　時間）
・支援者はいますか（ はい・いいえ ）
★医師・助産師に相談したいこと
（　　）

医療機関等の記載欄　　**※松戸市と委託契約をしていない医療機関でも、「③医療機関控」は医療機関で保管ください。**

判定	ア 健康　イ 当院経過管理　ウ 要支援 →（松戸市への電話連絡　済・無 ）※至急の場合はお電話ください			
診察	子宮の復古	良　否	保健指導	□特になし
	悪露	正　否		□他院紹介（　　）
	乳房の状態			□その他（　　）
測定・検査	血圧	／	実施日　年　月　日	
	尿検査 蛋白	－・＋・＋＋		
	尿検査 糖	－・＋・＋＋	所在地	
	体重	kg	委託医療機関等名称	
EPDS	合計　点	問10　点	医師・助産師氏名	

〈注意事項〉
償還払いは、「医療機関等の記載欄」をすべて記入した場合に限り、対象になります。

【問合せ】松戸市子ども家庭センター母子保健担当室　電話047-366-5180

松戸市１か月児健康診査受診票

①請求用

●太枠の中は保護者がご記入ください

乳児
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 男 女

和暦 年 月 日 生

電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 松戸市 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出生時
体重 ＿＿＿＿ g

受診日 年 月 日　受診時の月齢 か月 日

・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

・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注意していますか　はい・いいえ

●以下は、医療機関でご記入し、「②医療機関控」は医療機関で保管ください。

体　重	g	体重増加量	g/日
身　長	cm	頭　囲	cm
栄養法	母乳・混合・人工乳	栄養状態	良・要指導
新生児聴覚スクリーニング検査	正常・精査中（右・左）・未		
先天性代謝異常等検査の結果説明	済　・　未		
ビタミンK_2の投与	できている　・　できていない		
診察所見	異常なし・既医療・要経過観察・要治療・要精密		
育児環境 母の心身状態 子育て状況等	特記なし・特記あり		
子育て支援の必要性	特になし・支援が必要 →必要時、管轄の保健福祉センターに連絡ください。		

受診日　年　月　日

医療機関名

所在地

医師氏名

＊注意事項＊償還払いは、医療機関の記載欄をすべて記入した場合に限り、対象になります。