

[木津川市] 妊婦健康診査実施内訳書

健康診査対象者

【妊婦氏名】

【生年月日】

健康診査実施者

医療機関等名:

代表者名:



検査項目	受診回数		実施年月日				
基本健康診査(基本健診) ・ 問診、診察 ・ 体重測定 ・ 血圧測定 ・ 尿検査 ・ 保健指導	1回目	交	平成	年	月	日	
	2回目	補	平成	年	月	日	
	3回目	補	平成	年	月	日	
	4回目	交	平成	年	月	日	
	5回目	交	平成	年	月	日	
	6回目	補	平成	年	月	日	
	7回目	補	平成	年	月	日	
	8回目	交	平成	年	月	日	
	9回目	補	平成	年	月	日	
	10回目	補	平成	年	月	日	
	11回目	交	平成	年	月	日	
	12回目	補	平成	年	月	日	
	13回目	補	平成	年	月	日	
	14回目	補	平成	年	月	日	
血液検査							
・ 貧血(末梢血液一般検査)	1回目	交	平成	年	月	日	
・ 血糖							
・ 血液型	1回目	交	平成	年	月	日	
・ 貧血(末梢血液一般検査)	2回目	補	平成	年	月	日	
・ 血糖							
・ 貧血(末梢血液一般検査)	3回目	補	平成	年	月	日	
免疫検査							
・ 間接クームス	1回目	交	平成	年	月	日	
・ B型肝炎抗原検査							
・ C型肝炎抗体検査							
・ 風しんウイルス抗体価検査							
・ 梅毒検査							
B群溶血性レンサ球菌検査	1回目	補	平成	年	月	日	
HIV(エイズ)抗体価検査	1回目	補	平成	年	月	日	
HTLV-1抗体検査	1回目	補	平成	年	月	日	
性器クラミジア検査	1回目	補	平成	年	月	日	
子宮頸がん検査(細胞診) ※ 実施年月日は、検査結果に応じた 箇所に記載願います。	1回目	補	異常なし	平成	年	月	日
要精密検査			平成	年	月	日	
他の疾患			平成	年	月	日	
超音波検査	1回目	補	平成	年	月	日	
	2回目	補	平成	年	月	日	
	3回目	補	平成	年	月	日	
	4回目	補	平成	年	月	日	

【医療機関等の方へ】

この様式は、妊婦健康診査の公費負担を行う際に必要となるものです。お手数ですが、上記の検査のうち、実施された検査について、実施年月日を記載願います。なお、上記以外の検査の記載は不要です。