



※太線内をご記入の上、健康増進課にご提出下さい。

母子健康手帳 No.	健診受診券 枚	<b>妊 娠 届 出 書</b>			
ふりがな 妊婦氏名		年齢	満 歳	職業	
居住地	池田市	電話	自宅 携帯	( ) ( )	
妊娠月数 (妊娠週数)	ヵ月 (満 週)	出 産 予 定 日	平成	年	月 日
これまでの出産	有 ( 回)・無	妊娠の診断を受けた医師 または助産師の氏名			
性病に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない	結核に関する 健康診断の有無			受けた・受けていない
<p>上記のとおり届出します。なお、母子健康手帳と妊婦健康診査受診券を受領いたしました。 平成 年 月 日</p> <p>池 田 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">届出人氏名</p> <p style="text-align: right;">続柄 ( )</p> <p>※届出人が妊婦以外の場合は、理由をお書き下さい。 ( )</p>					

※ご相談をさせていただくため、以下の質問にもお答え下さい。

**妊娠・出産・育児について**

1. 出産や育児を支援、協力してくれる人がいますか。
  - 1) いる ( 夫、実父、実母、義父、義母、兄弟、姉妹、友人、その他 )
  - 2) いない
2. 心配な事や相談があれば記入して下さい。
  - 1) 体調・持病のこと
  - 2) 医療機関のこと
  - 3) 経済的なこと
  - 4) 仕事のこと
  - 5) 家事・育児のこと
  - 6) その他

[ ]

**喫煙状況について**

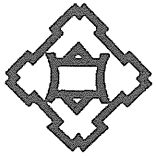
1. ご家族であなた以外に喫煙者はいますか。
  - 1) いる→どなたですか ( )
  - 2) いない
2. あなたはタバコを吸っていますか。
  - 1) 以前から吸わない。
  - 2) 妊娠前に禁煙した。( 年前から / ヵ月前から)
  - 3) 妊娠がわかってから禁煙した。( ヵ月前から / 日前から)
  - 4) 喫煙しているが、妊娠前より本数を減らしている。
  - 5) 妊娠前と同じように、喫煙している。

**2. の質問で4)、5)と答えた方はお答え下さい。**

3. あなたは禁煙することにどのくらい関心がありますか。
  - 1) 関心がない。
  - 2) 関心があるが、今後6ヵ月以内に禁煙しようとは考えていない。
  - 3) 今後6ヵ月以内に禁煙しようと考えているが、この1ヵ月以内に禁煙する考えはない。
  - 4) この1ヵ月以内に禁煙しようと考えている。

**2. の質問で2) 3)で禁煙後3ヵ月以内、4)、5)と答えた方はお答え下さい。**

4. 禁煙サポートを希望しますか。
  - 1) 希望する
  - 2) 希望しない



# 池田市

## —母子健康手帳別冊—

- 妊婦健康診査受診券（兼結果通知票）
- 乳児一般健康診査受診券（兼結果通知票）
- 妊産婦保健指導連絡票
- 低体重児出生届
- 出生連絡票（訪問依頼票）

氏名：

住所：池田市

出産予定日：平成 年 月 日

交付：No. 平成 ~~22~~年 ~~11~~月 ~~10~~日

### 問い合わせ

池田市 健康増進課

住所：池田市城南3-1-40 池田市保健福祉総合センター内

電話：072-754-6034

## 平成 23 年度 池田市 妊婦健康診査について

- 妊婦健康診査受診券は、大阪府下の医療機関と川西市の一部医療機関でのみ使用可能です。  
(事前に医療機関にご確認ください)
- 受診の際には、妊婦健康診査受診券(兼結果通知票)の綴りを医療機関窓口にお出しください。  
(切り離し無効ですので、ご注意ください)
- 妊婦健康診査受診券で、受診券に記載の金額までの妊婦健診の公費負担を受けることができます。  
実際にかかった費用が受診券に記載の金額を上回る費用については、ご本人のご負担となります。  
受診券に記載の金額を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。
- 妊婦健康診査受診券は、一度の健診に1枚のみ、使用することが可能です。
- 里帰り等の理由により上記以外の医療機関で受診の場合は、還付があります。  
ただし、交付した池田市受診券の未使用分かつ妊娠39週までが対象です。(領収書と未使用の池田市受診券を保管してください。申請方法や必要書類等詳細は健康増進課へお問い合わせください。)
- 本券は再発行できませんので、紛失しないようにご注意ください。
- 本券は他人に譲渡しないでください。
- 他の市町村への転出された場合は、本券は無効になります。

### 池田市妊婦健康診査受診券 交付基準

妊娠月	妊娠週数	健診回数	☆あと受けられる健診回数	受診券	公費負担額
0～3	0～11週	1回	14回分	1枚目	3,000円
4	12	1	13	2	3,000
	13				
	14				
	15				
5	16	1	12	3	3,000
	17				
	18				
	19				
6	20	1	11	4	3,000
	21				
	22				
	23				
7	24	1	10	5	3,000
	25				
	26	1	9	6	3,000
	27				
8	28	1	8	7	3,000
	29				
	30	1	7	8	5,500
	31				
9	32	1	6	9	3,000
	33				
	34	1	5	10	3,000
	35				
10	36	1	4	11	3,000
	37	1	3	12	5,500
	38	1	2	13	3,000
	39	1	1	14	3,000
		計14回			

## —すこやかな妊娠と出産のために—

### 《妊婦健康診査を必ず受けましょう！》

- 妊娠中は、普段よりも一層、健康に気をつけましょう。
- 少なくとも毎月1回、妊婦健康診査を受けてください。  
(妊娠24週(第7か月)以降には2回以上、さらに妊娠36週(第10か月)以降は毎週1回)

### 《妊婦健診とは？》

- 妊婦さんの健康ぐあいや、お腹の赤ちゃんの育ちぐあいをみるため、身体測定や血液・血圧・尿などの検査をします。
- 特に、貧血、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病などの病気は、お腹の赤ちゃんの発育に影響し、妊婦さんの健康を損なうことがあります。
- 妊婦健診を受けることで、病気などに早く気づき、早く対応することができます。

### ＜気をつけたい症状＞

次のような症状が出たら早く医師に相談を！

<input checked="" type="checkbox"/> むくみ	<input checked="" type="checkbox"/> がんこな便秘	<input checked="" type="checkbox"/> 性器出血
<input checked="" type="checkbox"/> 普段と違うおりもの	<input checked="" type="checkbox"/> 腹痛	<input checked="" type="checkbox"/> 強い頭痛
<input checked="" type="checkbox"/> 発熱	<input checked="" type="checkbox"/> つわりで衰弱がひどい	<input checked="" type="checkbox"/> 下痢
<input checked="" type="checkbox"/> イライラ	<input checked="" type="checkbox"/> めまい	<input checked="" type="checkbox"/> 動悸が激しい
<input checked="" type="checkbox"/> はきけ・嘔吐	<input checked="" type="checkbox"/> 強い不安感	<input checked="" type="checkbox"/> 今まであった胎動を感じなくなったとき

## 平成 23 年度 池田市 乳児一般健康診査について

1歳未満の乳児を対象に1回のみ無料で医療機関にて、問診、診察、身体計測、育児相談を受けることができます。「乳児一般健康診査受診券(兼結果通知票)」に必要事項を記入し、大阪府内の医療機関と川西市の一部医療機関で受診してください。(1か月健診で利用してください。)

※還付はできませんのでご注意ください。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

1

※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。【妊娠初期に使用してください。】  
 ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。  
 ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。  
 ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。  
 ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。  
 ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 最終月経 平成 年 月 日 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 今回のお産は ①初めて ② 回め ・ 今まで低体産児を出産されたことは ①なし ②あり ( 回) ・ 今までに流産をされたことは ①なし ②あり ( 回) ・ 今までに人工中絶をされたことは ①なし ②あり ( 回) ・ 異常分娩をされたことは ①なし ②あり ( 回) ・ 今までにかかったことのある疾病は ①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病 ④腎臓病 ⑤結核 ⑥うつ ⑦その他 ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる (配偶者、その他 ( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる (主にどなたですか ( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい (該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)	実施したものに✓		異常のあったものに✓	特記事項	その他検査の結果等
検査項目等						
血圧・体重測定		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		診 査 結 果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患 ( ) 市町村への指示 <input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記事項 今後の方針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介 (機関名 )
尿化学検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
子宮頸ガン検診 (細胞診) ※		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HIV抗体検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
風疹ウイルス抗体検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血液型 (ABO・Rh)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
不規則抗体		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
梅毒血清反応検査 (定性、定量)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HBs抗原検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	十・一	
C型肝炎抗体検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血糖		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算 (貧血)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
トキソプラズマ検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HTLV-1抗体検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
クラミジアトラコマチス核酸同定検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
医療機関名及び 医師・助産師氏名					本券の公費負担額	3,000円
					上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入	円

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

2

※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。  
 ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。  
 ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。  
 ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。  
 ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。  
 ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)			
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓	特記事項	
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	診 査 結 果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患 ( )	市 町 村 へ の 指 示 <input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記事項
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他検査の結果等			今後の方針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名)	
医療機関名及び 医師・助産師氏名	①	本券の公費負担額	3,000円	
		上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入	円 ②	

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

3

※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。  
 ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。  
 ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。  
 ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。  
 ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。  
 ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中母)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成	年	月	日 (妊娠第 週)		
検査項目等	実施したものに/		異常のあつたものに/		特記事項	
	血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		診 査 結 果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患 ( )
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他検査の結果等						
今後の方針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )						
医療機関名及び 医師・助産師氏名					本券の公費負担額 上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入	3,000円 円

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないうで下さい。



池田市 妊婦健康診査受診券（兼結果通知票）

4

- ※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。
- ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です（お釣りを受け取ることはできません）。
- ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。
- ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です（医療機関にご確認ください）。
- ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。
- ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄（必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。）

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧（中毒）症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる（配偶者、その他 ( ) ) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる（主にどなたですか ( ) ) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄（必ずご記入下さい（該当箇所にチェックを入れる等）。記入のないものは無効です。）

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)			
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓	特記事項	
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	診 査 結 果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患 ( )	市 町 村 へ の 指 示 <input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記事項
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算（貧血）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日群溶血性レンサ球菌（GBS）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他検査の結果等			今後の方針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介（機関名）	
医療機関名及び医師・助産師氏名	本券の公費負担額 3,000円 上記の金額を下回る場合は 円 実際にかかった金額を右欄に記入			

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

5

- ※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。
- ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。
- ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。
- ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。
- ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。
- ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)
検査項目等	実施したものに/ 異常のあったものに/ 特記事項
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
尿化学検査	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血糖	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血算(貧血)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
超音波検査	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
その他検査の結果等	
診 査 結 果	<input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患( )
市町村への指示	<input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ※特記事項
今後の方針	<input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )
医療機関名及び医師・助産師氏名	本券の公費負担額 3,000円 上記の金額を下回る場合は 円 実際にかかった金額を右欄に記入 円

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

6

- ※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。
- ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。
- ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。
- ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。
- ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。
- ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現住所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)			
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓	特記事項	
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	診査結果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患( )	市町村への指示 <input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ※特記事項
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HTLV-1抗体検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
クラミジアトラコマチス核酸同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他検査の結果等			今後の方針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )	
医療機関名及び医師・助産師氏名	本券の公費負担額 3,000円 上記の金額を下回る場合は 円 実際にかかった金額を右欄に記入		円	

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

7

- ※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。
- ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。
- ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。
- ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。
- ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。
- ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現住所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成	年	月	日 (妊娠第 週)		
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓			特記事項	
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			診 査 結 果	<input type="checkbox"/> 異常を認めず
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> その他の疾患( )
HTLV-1抗体検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				市町村への指示
クラミジアトラコマチス核酸固定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> その他生活習慣( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ※特記事項	
その他検査の結果等					今後の方針	<input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続
						<input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )
医療機関名及び医師・助産師氏名					本券の公費負担額	3,000円
					上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入	円 ㊦

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

8

※本券で、5,500円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。  
 ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。  
 ※実際にかかった費用が5,500円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。  
 ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。  
 ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。  
 ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現住所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)			
検査項目等	実施したものに/	異常のあったものに/	特記事項	
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	診 査 結 果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患 ( )	市町村への指示 <input type="checkbox"/> 保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記事項
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HTLV-1抗体検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
クラミジアトラコマチス核酸同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他検査の結果等			今後の方針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )	
医療機関名及び 医師・助産師氏名	本券の公費負担額 5,500円 上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入 円		① ②	

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

9

- ※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。
- ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。
- ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。
- ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。
- ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。
- ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現住所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる (配偶者、その他 ( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる (主にどなたですか ( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい (該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)			特記事項
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓		
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		診 査 結 果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患 ( )
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他検査の結果等				市町村への指示 <input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記事項
				今後の方針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )
医療機関名及び医師・助産師氏名	<input checked="" type="checkbox"/>		本券の公費負担額 上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入	3,000円 円

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

10

※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。  
 ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。  
 ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。  
 ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。  
 ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。  
 ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)			
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓	特記事項	
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		診 査 結 果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患( )
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
日群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他検査の結果等			市町村への指示 <input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ※特記事項	
			今後の方針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )	
医療機関名及び 医師・助産師氏名	本券の公費負担額 3,000円 上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入 円			

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

11

※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。  
 ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。  
 ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。  
 ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。  
 ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。  
 ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)					
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓	特記事項			
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			診 査 結 果	<input type="checkbox"/> 異常を認めず
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> その他の疾患( )
その他検査の結果等					市 町 村 へ の 指 示	<input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ※特記事項
						今 後 の 方 針
医療機関名及び 医師・助産師氏名			本券の公費負担額 3,000円 上記の金額を下回る場合は 円 実際にかかった金額を右欄に記入			円

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。



池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

12

※本券で、5,500円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。  
 ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。  
 ※実際にかかった費用が5,500円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。  
 ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。  
 ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。  
 ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)				
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓	特記事項		
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		診 査 結 果	<input type="checkbox"/> 異常を認めず
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> その他の疾患( )
その他検査の結果等				市 町 村 へ の 指 示	<input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣( ) <input type="checkbox"/> その他( ) ※特記事項
				今 後 の 方 針	<input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )
医療機関名及び 医師・助産師氏名			本券の公費負担額	5,500円	
			上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入	円	⑤

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

13

- ※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。
- ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。
- ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。
- ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。
- ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。
- ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現住所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成	年	月	日 (妊娠第 週)			
検査項目等	実施したものに/		異常のあったものに/		特記事項		
	血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	今 後 の 方 針 <input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名 )		
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
その他検査の結果等							
医療機関名及び 医師・助産師氏名	本券の公費負担額 3,000円 上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入				円	円	

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

池田市 妊婦健康診査受診券 (兼結果通知票)

14

※本券で、3,000円の妊娠健診の公費負担を受けることができます。  
 ※本券は、1度の健診に1枚のみ、使用することが可能です(お釣りを受け取ることはできません)。  
 ※実際にかかった費用が3,000円を下回る場合には、医療機関に金額を訂正してもらってください。  
 ※本券は大阪府以外では使用できません。大阪府内の医療機関でのみ使用可能です(医療機関にご確認ください)。  
 ※公的医療保険の対象となる診療等については、受診券の対象外となります。  
 ※切り離し無効です。

委託医療機関長 様

池田市長

次の妊婦の健康診査を依頼します。

本人記入欄 (必ずご記入下さい。記入のないものは無効です。)

※この健康診査の結果は池田市に通知され、保健師等から訪問などをさせていただく場合があります。

(ふりがな)		生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
氏 名						
現 住 所	池田市	電話番号				
該当箇所に○をし、必要事項をご記入下さい。 ・ 出産予定日は 平成 年 月 日 ・ 切迫流産といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠高血圧(中毒)症といわれたことは ①なし ②あり ・ 妊娠糖尿病といわれたことは ①なし ②あり ・ 貧血といわれたことは ①なし ②あり ・ その他異常があるといわれたことは ①なし ②あり ( ) ・ アルコール類は ①前から飲まない ②やめた ③時々飲む ④よく飲む ・ タバコは ①前から吸わない ②妊娠前に禁煙 ③妊娠後に禁煙 ④現在喫煙中 ・ 周りにタバコを吸われる方は ①いない ②いる(配偶者、その他( )) ・ 妊娠中の相談相手、子育ての協力者は ①いる(主にどなたですか( )) ②いない						
相談したいことがあればご記入下さい						

医療機関記入欄 (必ずご記入下さい(該当箇所にチェックを入れる等)。記入のないものは無効です。)

健診実施年月日	平成 年 月 日 (妊娠第 週)			
検査項目等	実施したものに✓	異常のあったものに✓	特記事項	
血圧・体重測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		診 査 結 果 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 切迫流産あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 貧血あるいはその疑い <input type="checkbox"/> その他の疾患 ( )
尿化学検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
血算(貧血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B群溶血性レンサ球菌(GBS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他検査の結果等			市町村への指示	<input type="checkbox"/> 要保健指導 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他生活習慣 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※特記事項
			今後の方針	<input type="checkbox"/> 当院での治療等を継続 <input type="checkbox"/> 他機関を紹介(機関名)
医療機関名及び 医師・助産師氏名	④		本券の公費負担額	3,000円
			上記の金額を下回る場合は 実際にかかった金額を右欄に記入	円 ④

※健康増進法に基づく公費負担によって実施した場合は、「実施した」にチェックをしないで下さい。

