

★太枠部分をご記入ください。

★母子健康手帳の「妊娠中の経過」「(妊婦)検査の記録」「出産後の母体の経過」「(新生児)検査の記録」欄に記載されている順に、受診状況をご記入ください。(健診歴すべてご記入ください)

(新潟市記入欄)

妊婦健康診査	健診歴	受診年月日	受診票 使用状況	受診した医療機関名
	1	年 月 日	使用 ・ 未使用	県
	2	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	3	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	4	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	5	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	6	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	7	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	8	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	9	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	10	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	11	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	12	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	13	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	14	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
産婦健康診査	1	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
	2	年 月 日	使用 ・ 未使用	県 ・ 同上
新生児聴覚検査	1	年 月 日	未使用	県 ・ 同上

検査項目	支払額
貧(判):末,採 糖(判):グ 免(判):血,不,梅,B, C,H I,風,HT 子宮頸がん ・ 超音波	
超音波	
貧(判):末,採 糖(判):グ Chla(判):採,核 超音波	
GBS(判):採,B群	
貧(判):末,採 超音波	
問診・診察、体重・血圧測定 尿検査、EPDS	
問診・診察、体重・血圧測定 尿検査、EPDS	
AABR,ABR,OAEのいずれか	