

(様式第2号)

- この様式は、領収書等で新生児聴覚検査、産婦健康診査にかかった領収金額が証明できない場合に使用して下さい。
- この様式の発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。

年 月 日

あて先 福岡市長

(実施機関)

住 所

名 称

代表者名

印

電話番号

下記の者について、(新生児聴覚検査・産婦健康診査)を実施し、(検査料金・健診料金)について領収したことを証明します。

ふりがな		生年月日
産婦健診を受けた方の氏名		S・H 年 月 日
ふりがな		生年月日
新生児聴覚検査を受けた赤ちゃんの氏名 (決まっている場合)		年 月 日

◇ 検査内容・健診受診日及び領収金額 (実施機関記入) ◇

1. 新生児聴覚検査

検査実施日	検査機器 ※該当する機器に○	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	AABR ・ OAE	円

2. 産婦健康診査

	健診実施日 ※ 産後8週未満に実施した健診が助成対象です。	領収金額 (保険診療分を除く)
1回目	年 月 日 (産後 日目)	円
	健診内容 ※実施したものに○ 問診 診察 体重・血圧測定 尿検査 EPDS 赤ちゃんへの気持ち質問票	
2回目	年 月 日 (産後 日目)	円
	健診内容 ※実施したものに○ 問診 診察 体重・血圧測定 尿検査 EPDS 赤ちゃんへの気持ち質問票	

実施機関の方へ

産婦健康診査については、結果も必要です。ご本人が「福岡市産婦健康診査助成券」をお持ちでない場合は、裏面にも記載をお願いします。

※ 産婦健康診査実施の医療機関の方へ

ご本人が「福岡市産婦健康診査助成券」をお持ちでない場合、この用紙に記載後、ご本人に交付してください。費用助成の申請に必要です。

未実施の項目がある場合、助成対象とならない場合があります。

産婦健診の結果（実施機関記入）

1 回 目	受診年月日	年 月 日（産後 日）			
	血 圧	/ mmHg			
	尿検査	蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	糖： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		
	体 重	. kg	乳房の 状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	
	子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	悪 露	<input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 否	
	こころの健康 チェック	EPDS（ ）点【再掲⑩（ ）点】 <input type="checkbox"/> EPDS 未実施 【理由： <input type="checkbox"/> 外国籍など内容の理解が難しい <input type="checkbox"/> その他（ ）】			
	判 定	赤ちゃんへの気持ち質問票（ ）点 <input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介（ ）			
2 回 目	受診年月日	年 月 日（産後 日）			
	血 圧	/ mmHg			
	尿検査	蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++	糖： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++		
	体 重	. kg	乳房の 状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	
	子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	悪 露	<input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> 否	
	こころの健康 チェック	EPDS（ ）点【再掲⑩（ ）点】 <input type="checkbox"/> EPDS 未実施 【理由： <input type="checkbox"/> 外国籍など内容の理解が難しい <input type="checkbox"/> その他（ ）】			
	判 定	赤ちゃんへの気持ち質問票（ ）点 <input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介（ ）			
市への連絡事項	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 情報提供書送付済 【特記事項： _____】				
健診実施機関の名称	所在地 担当医師名 (担当助産師名)			印	