

品川区精密健康診査実施要綱

制定 平成9年3月6日 区長決定

要綱第25号

改正 平成10年2月 要綱第7号

改正 平成11年4月 要綱第29号

改正 平成21年3月 要綱第242号

改正 平成31年3月 要綱第134号

(目的)

第1条 この要綱は、区において実施する妊婦健康診査、乳児健康診査、1歳6か月児健康診査および3歳児健康診査等の結果、診断の確定のため精密健康診査を要する者について、専門的な診断のできる医療機関（以下「専門医療機関」という。）および児童相談所の協力を得て精密健康診査を行い、もってこれらの健康診査の充実強化を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「センター」とは、品川、大井、荏原の各保健センターをいう。

2 この要綱において「所長」とは、センターの所長をいう。

(対象者)

第3条 この事業は、区内に居住し、次の健康診査において、診断の確定のための精密健康診査を行う必要があると判断されたものとする。

種別	対 象 者	交付対象年齢
妊婦	医療機関での健康診査	——
乳児	「センター」において実施する集団健康診査、または 医療機関での健康診査 「センター」において実施する新生児聴覚検査 東京都において実施する先天性代謝異常等検査	満1歳未満
1歳6か月児	「センター」において実施する1歳6か月児健康診査	満2歳未満
3歳児	「センター」において実施する3歳児健康診査	満4歳未満

(実施機関)

第4条 実施機関は、次のとおりとする。

- (1) 区長が委託契約を締結した専門医療機関
- (2) 社団法人東京都医師会（以下「東京都医師会」という。）に加入し、この事業に協力する専門医療機関
- (3) 児童相談所（精神発達遅滞、情緒障害等に関する場合に限る。）

(委託契約の締結)

第5条 区長は、東京都医師会長および個別医療機関の長と委託契約を締結し、精密健康診査を実施する。

(精密健康診査の範囲)

第6条 診断確定に必要な検査等で、診療報酬の算定方法（平成20年厚生中央病院労働省告示第59号。以下「算定方法」という。）に掲げる範囲で、入院を要する検査を除いたものとする。ただし、妊婦精密健康診査については、妊娠に起因する疾病に関するものに限る。

(受診票の交付および再交付)

第7条 受診票の交付および再交付は、次のとおりとする。

- (1) 精密健康診査を受診しようとする者またはその保護者は、精密健康診査受診票交付・再交付申請書（参考様式①。以下「交付・再交付申請書」という。）により、所長に申請するものとする。
- (2) 所長は、前項の申請書を審査し、適当と認めたときは、精密健康診査受診票（妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児）（第1号様式）を、3歳児の視力検診の場合は、精密健康診査受診票（3歳児視力用）（参考様式②）を、3歳児の聴覚検診の場合は、精密健康診査受診票（3歳児聴覚用）（参考様式③）を、新生児聴覚検査で精密健康診査を要すると判断された場合は、精密健康診査受診票（新生児聴覚用）（参考様式④）を交付する（以下「受診票」という。）。

(3) 受診票は、甲乙丙の3枚複写とし、所長は、甲票および乙票を交付する。

甲票 医療機関等依頼兼医療機関等控用

乙票 結果通知用

丙票 区発行控用

(4) 所長は、受診票に別表1で定める公費負担者番号および別表2で定める受給者番号を記入して交付するものとする。

(5) 同時に2以上の疾病に係る診断の確定について精密健康診査を依頼する場合は、各診療科ごとに受診票を交付する。ただし、妊婦精密健康診査を除く。

(6) センターの実施する新生児聴覚検査の結果、精密健康診査を要すると判断された場合、交付・

再交付申請書により、区長に再交付を申請できるものとする。

- (7) 東京都の実施する先天性代謝異常等検査の結果、精密健康診査を要すると診断された場合、所長は、東京都の依頼により受診票を交付する。
- (8) 受診票の交付を受けた者（以下「被交付者」という。）は、受診票を紛失またはき損した場合、交付・再交付申請書により、所長に再交付を申請できるものとする。

（受診票の有効期間および交付回数）

第8条 受診票の有効期間および交付回数は、次のとおりとする。

種別	有効期間	交付回数
妊婦	診断が確定するまでの期間とする。ただし、初診は交付日を含めて1か月以内に受診するものとする。	1回
乳児		2回以内
1歳6か月児		制限なし
3歳児		

（受診票の提示）

第9条 被交付者が、実施機関において精密健康診査を受けようとするときは、被保険者証とともに受診票を提出するものとする。

（精密健康診査の実施および結果の通知）

第10条 実施機関は、受診票により精密健康診査を実施する。診断が確定したときは、所見、今後の処置等を記入し、速やかに乙票を所長に提出する。

（精密健康診査の公費負担額）

第11条 区が負担する精密健康診査の額は、算定方法の例により算定した額から、健康保険等の保険者が負担すべき額を控除した額とする。

（精密健康診査費の請求）

第12条 専門医療機関は、被交付者に対し精密健康診査を行ったときは、当該健診月の翌月10日までに、次により精密健康診査費を区長に請求するものとする。

- (1) 国民健康保険診療分

療養の給付、老人医療および公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年8月2日厚生省令第36号。以下「省令」という。）による診療報酬請求書および診療報酬明細書を東京都国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に提出する。

(2) 医療保険診療分

省令による診療報酬請求書および診療報酬明細書を東京都社会保険診療報酬支払基金に提出する。

(精密健康診査費の審査および支払)

第13条 区長は、精密健康診査費等の審査支払に関する事務を連合会に委託して行うものとする。

(1) 精密健康診査費

区長は、前条による請求書等を受領し、その過誤を調査し適当と認めるときは、連合会を通じて、専門医療機関にその旨を通知し支払うものとする。

なお、支払後、過誤額が確認された場合、連合会を通じて、当該過誤額を通知するとともに精算処理するものとする。

(事後措置)

第14条 所長は、精密健康診査の結果を母子健康管理票に記録するとともに、指導を要するものについては適切な措置を講ずるものとする。

(広報活動)

第15条 区は、各種広報手段を活用するとともに、医師会および専門医療機関などの関係団体を通じて、区民に対して制度の周知を図るものとする。

付 則

1 この要綱は、平成10年4月1日から施行する。

2 品川区1歳6か月児精密健康診査実施要綱（昭和62年3月要綱第14号）、品川区三歳児精密健康診査実施要綱（昭和60年4月要綱第215号）および品川区医療費助成実施要綱（昭和60年4月要綱第216号）は、廃止する。

付 則

この要綱は、平成11年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

別表1 負担者番号一覧

87…法制番号 13…都道府県番号 6〇〇…実施機関番号 下1桁…検証番号

千代田区	87136016	葛飾区	87136222	清瀬市	87136446
中央区	87136024	江戸川区	87136230	東久留米市	87136453
港区	87136032	八王子市	87136248	武蔵村山市	87136461
新宿区	87136040	立川市	87136255	多摩市	87136479
文京区	87136057	武蔵野市	87136263	稲城市	87136487
台東区	87136065	三鷹市	87136271	あきる野市	87136495
墨田区	87136073	青梅市	87136289	羽村市	87136503
江東区	87136081	府中市	87136297	瑞穂町	87136511
品川区	87136099	昭島市	87136305	日の出町	87136529
目黒区	87136107	調布市	87136313	檜原村	87136545
大田区	87136115	町田市	87136321	奥多摩町	87136552
世田谷区	87136123	小金井市	87136339	大島町	87136560
渋谷区	87136131	小平市	87136347	利島村	87136578
中野区	87136149	日野市	87136354	新島村	87136586
杉並区	87136156	東村山市	87136362	神津島村	87136594
豊島区	87136164	国分寺市	87136370	三宅村	87136602
北区	87136172	国立市	87136388	御蔵島村	87136610
荒川区	87136180	西東京市	87136396	八丈町	87136628
板橋区	87136198	福生市	87136412	青ヶ島村	87136636
練馬区	87136206	狛江市	87136420	小笠原村	87136644
足立区	87136214	東大和市	87136438		

別表2 受給者番号

1 受給者番号一覧表

精密健康診査名	受給者番号		
	疾病番号	患者番号	※ 検証番号
妊婦精密健康診査	2		
乳児精密健康診査	3		
1歳6か月児精密健康診査	4		
3歳児精密健康診査	5		

2 受給者番号の計算方法

検証番号を除いた残りの6桁について、次のように計算する。

$$\begin{array}{l}
 \text{下から1桁目の数} \times 2 = A \\
 \text{〃 } 2 \text{ 〃 } \times 1 = B \\
 \text{〃 } 3 \text{ 〃 } \times 2 = C \\
 \text{〃 } 4 \text{ 〃 } \times 1 = D \\
 \text{〃 } 5 \text{ 〃 } \times 2 = E \\
 \text{〃 } 6 \text{ 〃 } \times 1 = F
 \end{array}
 \left. \vphantom{\begin{array}{l} A \\ B \\ C \\ D \\ E \\ F \end{array}} \right\} \begin{array}{l} \text{かけ合わせた数が2桁になる場合は、} \\ \text{1桁目の数と2桁目の数の和} \\ \text{(例) } 6 \times 2 = 12 \\ \qquad \qquad \qquad \downarrow \\ \qquad \qquad \qquad 1 + 2 = 3 \end{array}$$

$$\begin{array}{l}
 \Downarrow \\
 A + B + C + D + E + F = \boxed{G} \quad \boxed{H} \\
 \qquad \qquad \qquad \downarrow \qquad \downarrow \\
 \qquad \qquad \qquad 2 \text{ 桁目} \quad 1 \text{ 桁目} \\
 \qquad \qquad \qquad \Downarrow
 \end{array}$$

$$\boxed{\text{検証番号}} = 10 - (1 \text{ 桁目の数字}) = 10 - H$$

なお、この解が10になる場合（Hが0の場合）は、検証番号を0とする。

(例)

3	0	2	6	5	0
×	×	×	×	×	×
1	2	1	2	1	2
$3 + 0 + 2 + (12) + 5 + 0 = 13$					
$1 + 2 = 3$			$\text{検証番号} = 10 - 3 = 7$		

第1号様式

精密健康診査受診票（妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児）
（丙・発行控）

負担者番号	8	7	1	3	6				種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児
受給者番号									×	
フリガナ									男・女	年 月 日生
受診者氏名									保険の 記号	番号
フリガナ										
保護者氏名									保険の 種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者
保険者番号										
保険者名称										
居住地	東京都									
	電話 ()									
初診有効期間	年 月 日 から					年 月 日 まで				
依頼要旨										
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日										
殿										
医師										
所見又は今後の処置										
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療 ()									
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日										
										医療機関名 担当医師名
										㊞

<受診者・保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡しください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。・人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。

特記欄 _____

<医療機関へのお願い>

- この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- この受診票は、診断の確定まで有効です。

第1号様式

精密健康診査受診票（妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児）
（乙・結果通知用）

負担者番号	8	7	1	3	6				種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児
受給者番号									×	
フリガナ									男・女	年 月 日生
受診者氏名									保険の 記号	番号
フリガナ										
保護者氏名									保険の 種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者
保険者番号										
保険者名称										
居住地	東京都									
	電話 ()									
初診有効期間	年 月 日 から					年 月 日 まで				
依頼要旨										
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日										
殿										
医師										
所見又は今後の処置										
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療 ()									
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日										
										医療機関名 担当医師名
										㊞

<受診者・保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡しください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。・人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。

特記欄 _____

<医療機関へのお願い>

- この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（3歳児視力用）



（甲・医療機関依頼用）

負担者番号	8	7	1	3	6			種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 <input checked="" type="checkbox"/> 3歳児	
受給者番号	5						×			
フリガナ 受診者氏名							男・女	年 月 日生		
フリガナ 保護者氏名							保険の 記号	番号		
保険者番号 保険者名称							保険の 種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者		
居住地	東京都						電話 ()			
初診有効期間	年 月 日 から						年 月 日 まで			
依頼要旨	1 視力低下の疑い 2 斜視の疑い 3 他 ()									
	3歳児視力検診（絵視標検査）結果は（右 /4 左 /4）でした。									
	よろしくお願ひ申し上げます。弱視が発見された場合には、種類を御記入願ひます。									
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日										
殿										
医師										
所見又は今後の処置										
診断										
弱視	無・有（不同視弱視・斜視弱視・屈折弱視・他）									
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療（）									
その他										
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日										
										医療機関名 担当医師名
⑩										

<保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡しください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。本人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。

特記欄 _____

<医療機関へのお願ひ>

- この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。

3 この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（3歳児視力用）

（乙・結果通知用）



負担者番号	8	7	1	3	6					種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児
受給者番号	5									×	1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/>
フリガナ										男・女	年 月 日生
受診者氏名											
フリガナ										保険の	
保護者氏名										記号	番号
保険者番号										保険の	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6)
保険者名称										種類	退職被保険者
居住地	東京都										
	電話 ()										
初診有効期間	年 月 日 から					年 月 日まで					
依頼要旨	1 視力低下の疑い 2 斜視の疑い 3 他 ()										
	3歳児視力検診（絵視標検査）結果は（右 /4 左 /4）でした。										
	よろしくお願い・お上げます。弱視が発見された場合には、種類を御記入願います。										
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日											
殿											
医師											
所見又は今後の処置											
診断											
弱視	無・有（不同視弱視・斜視弱視・屈折弱視・他）										
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療（）										
その他											
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日											
										医療機関名 担当医師名	㊞

<保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡しください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。・人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。
特記欄 _____

<医療機関へお願い>

- この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（3歳児視力用）

（丙・発行控）



負担者番号	8	7	1	3	6					種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児
受給者番号	5									×	1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/>
フリガナ										男・女	年 月 日生
受診者氏名											
フリガナ										保険の	
保護者氏名										記号	番号
保険者番号										保険の	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6)
保険者名称										種類	退職被保険者
居住地	東京都										
	電話 ()										
初診有効期間	年 月 日 から					年 月 日まで					
依頼要旨	1 視力低下の疑い 2 斜視の疑い 3 他 ()										
	3歳児視力検診（絵視標検査）結果は（右 /4 左 /4）でした。										
	よろしくお願い・お上げます。弱視が発見された場合には、種類を御記入願います。										
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日											
殿											
医師											
所見又は今後の処置											
診断											
弱視	無・有（不同視弱視・斜視弱視・屈折弱視・他）										
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療（）										
その他											
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日											
										医療機関名 担当医師名	㊞

<保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡しください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。・人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。
特記欄 _____

<医療機関へお願い>

- この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（3歳児聴覚用）



（甲・医療機関依頼用）

負担者番号	8	7	1	3	6			種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児
受給者番号	5								
フリガナ 受診者氏名								男・女	年 月 日生
フリガナ 保護者氏名								保険の 記号	番号
保険者番号 保険者名称								保険の 種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者
居住地	東京都								
	電話 ()								
初診有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								
依頼要旨	聴覚検診の結果、精密検査が必要と思われますので、よろしくお願いたします。								
	チェック項目（アンケート・ささやき声の検査／6・指こすりの検査 右： 左：）								
	ことばの遅れの疑い（あり・なし・不明）								
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日									
殿									
医師									
所見又は今後の処置									
診断名									
難聴	無・有（右 dB・左 dB）								
鼓膜所見	異常なし・あり（右・左）								
ツハノトリ	異常なし・あり（右・左）								
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療（ ）								
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日									
医療機関名 担当医師名									⑩

<保護者の方へ>

- 1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡しください。
- 2 この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。本人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 3 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。

特記欄 _____

<医療機関へのお願>

- 1 この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 2 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- 3 この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（3歳児聴覚用）



(丙・発行控)

負担者番号	8	7	1	3	6					種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児
受給者番号	5									×	
フリガナ										男・女	年 月 日生
受診者氏名											
フリガナ										保険の記号	番号
保護者氏名											
保険者番号										保険の種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6)退職被保険者
保険者名称											
居住地	東京都										
	電話 ()										
初診有効期間	年 月 日から 年 月 日まで										
依頼要旨	聴覚検診の結果、精密検査が必要と思われるので、よろしくお願いたします。										
	チェック項目（アンケート・ささやき声の検査/6・指こすりの検査 右： 左：）										
	ことばの遅れの疑い（あり・なし・不明）										
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日											
殿 医師											
所見又は今後の処置											
診断名											
難聴	無・有（右 dB・左 dB）										
鼓膜所見	異常なし・あり（右・左）										
ツバノメトリ	異常なし・あり（右・左）										
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療（ ）										
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日											
											医療機関名 担当医師名

<保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡ください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。・人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。
特記欄 _____

<医療機関へのお願>

- この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（3歳児聴覚用）



(乙・結果通知用)

負担者番号	8	7	1	3	6					種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児
受給者番号	5									×	
フリガナ										男・女	年 月 日生
受診者氏名											
フリガナ										保険の記号	番号
保護者氏名											
保険者番号										保険の種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6)退職被保険者
保険者名称											
居住地	東京都										
	電話 ()										
初診有効期間	年 月 日から 年 月 日まで										
依頼要旨	聴覚検診の結果、精密検査が必要と思われるので、よろしくお願いたします。										
	チェック項目（アンケート・ささやき声の検査/6・指こすりの検査 右： 左：）										
	ことばの遅れの疑い（あり・なし・不明）										
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日											
殿 医師											
所見又は今後の処置											
診断名											
難聴	無・有（右 dB・左 dB）										
鼓膜所見	異常なし・あり（右・左）										
ツバノメトリ	異常なし・あり（右・左）										
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療（ ）										
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日											
											医療機関名 担当医師名

<保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお渡ください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。・人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。
特記欄 _____

<医療機関へのお願>

- この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（新生児聴覚用）



（甲・医療機関依頼用）

負担者番号	8	7	1	3	6				種別	該当するものに○をすること 妊婦 <input type="checkbox"/> 乳児 <input checked="" type="checkbox"/> 1歳6か月児 3歳児
受給者番号	3							×		
フリガナ									男・女	年 月 日生
受診者氏名										
フリガナ									保険の記号	番号
保護者氏名										
保険者番号									保険の種類	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者
保険者名称										
居住地	東京都									
	電話 ()									
初診有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
依頼要旨	新生児聴覚検査の結果、精密検査が必要と思われますので、よろしくお願いたします。									
	検査日 (年 月 日) 検査医療機関 ()									
	検査法 (OAE) 結果 (右耳 パス・リファー / 左耳 パス・リファー)									
	(自動ABR) 結果 (右耳 パス・リファー / 左耳 パス・リファー)									
	在胎週数 (週) 出生時体重 (g)									
上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日										
殿										
医師										
所見又は今後の処置										
診断名										
難聴	無・有 (右 dB・左 dB) 鼓膜所見 異常なし・あり (右・左)									
検査方法	ABR・ASSR・その他 ()									
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察 要治療 (補聴器装用・療育・その他)									
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日										
医療機関名 担当医師名										印

<保護者の方へ>

- 1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証（交付されている場合）を紹介された医療機関にお渡しください。
- 2 この受診票で、診断の確定のために必要な検査（入院を要する検査を除く。）を受診できます。本人の自己負担はありません。（この受診票は、診断の確定まで有効です。）
- 3 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。

特記欄 _____

<医療機関へのお願い>

- 1 この票の乙（結果通知用）は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 2 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- 3 この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（案）（新生児聴覚用）

新

（丙・発行控）

負担者番号	8	7	1	3	6					種別	該当するものに○をすること 妊婦 1歳6か月児
受給者番号	3									種別	乳児 3歳児
フリガナ	フリガナ										
受診者氏名	男・女 平成 年 月 日生										
フリガナ	フリガナ										
保護者氏名	保険の記号 番号										
保険者番号	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6)										
保険者名称	種類 退職被保険者										
居住地	東京都										
初診有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										
依頼要旨	新生児聴覚検査の結果、精密検査が必要と思われるので、よろしく願います。										
	検査日(年 月 日) 検査医療機関()										
	検査法 (OAE) 結果(右耳 パス・リファ / 左耳 パス・リファ)										
	(自動ABR) 結果(右耳 パス・リファ / 左耳 パス・リファ)										
在胎週数(週) 出生時体重(g)											
上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日 殿 医師											
所見又は今後の処置											
診断名	難聴 無・有(右 dB・左 dB) 鼓膜所見 異常なし・あり(右・左)										
検査方法	ABR・ASSR・その他()										
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察 要治療(補聴器装用・療育・その他)										
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日 医療機関名 担当医師名											

<保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証(交付されている場合)を紹介された医療機関にお渡しください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査(入院を要する検査を除く。)を受診できます。本人の自己負担はありません。(この受診票は、診断の確定まで有効です。)
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。
特記欄 _____

<医療機関へお願い>

- この票の乙(結果通知用)は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- この受診票は、診断の確定まで有効です。

精密健康診査受診票（案）（新生児聴覚用）

新

（乙・結果通知用）

負担者番号	8	7	1	3	6					種別	該当するものに○をすること 妊婦 1歳6か月児
受給者番号	3									種別	乳児 3歳児
フリガナ	フリガナ										
受診者氏名	男・女 平成 年 月 日生										
フリガナ	フリガナ										
保護者氏名	保険の記号 番号										
保険者番号	協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6)										
保険者名称	種類 退職被保険者										
居住地	東京都										
初診有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで										
依頼要旨	新生児聴覚検査の結果、精密検査が必要と思われるので、よろしく願います。										
	検査日(年 月 日) 検査医療機関()										
	検査法 (OAE) 結果(右耳 パス・リファ / 左耳 パス・リファ)										
	(自動ABR) 結果(右耳 パス・リファ / 左耳 パス・リファ)										
在胎週数(週) 出生時体重(g)											
上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日 殿 医師											
所見又は今後の処置											
診断名	難聴 無・有(右 dB・左 dB) 鼓膜所見 異常なし・あり(右・左)										
検査方法	ABR・ASSR・その他()										
指示	特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察 要治療(補聴器装用・療育・その他)										
精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日 医療機関名 担当医師名											

<保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証(交付されている場合)を紹介された医療機関にお渡しください。
- この受診票で、診断の確定のために必要な検査(入院を要する検査を除く。)を受診できます。本人の自己負担はありません。(この受診票は、診断の確定まで有効です。)
- 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。1か月以内に初診を受けられない場合は、受診前に交付元にご連絡ください。
特記欄 _____

<医療機関へお願い>

- この票の乙(結果通知用)は、直接又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 診療報酬明細書により、国民健康保険分は東京都国民健康保険団体連合会に、社会保険分は社会保険診療報酬支払基金東京支部に請求してください。
- この受診票は、診断の確定まで有効です。