

高粱市



母子健康手帳別冊

母子保健ガイド



注意

●このガイドには妊婦・乳児一般健康診査等依頼票をはじめ大切な書類をとじ込んでいますので紛失しないよう十分注意しましょう！

●このガイドは本人しか使えません。また、住所が変わった場合は、転出先の市町村窓口で新しい健診依頼票と交換してください。

— 目 次 —

妊娠から出産まで……………	1
赤ちゃんとお母さんの健康管理……………	2
仕事との両立……………	5
経済的な支援……………	6
地域ぐるみの子育て支援……………	6
各保健所・各市町村 窓口一覧……………	7
児童相談所 窓口一覧……………	8
お母さんになったあなたへ……………	9
家庭でできる耳のきこえと言葉の発達の チェックリスト……………	10

～とじ込みを利用して健診を受けましょう！～

◎妊婦一般健康診査依頼票

◎妊婦超音波検査依頼票

◎妊婦血液検査依頼票

◎妊婦クラミジア抗原検査依頼票

◎B群溶血性レンサ球菌（GBS）検査依頼票

◎先天性代謝異常等検査依頼票兼同意書

◎新生児聴覚検査依頼票

◎産婦健康診査依頼票・個人情報保護シール

◎乳児一般健康診査依頼票

◎A妊婦相談票（はがき）

◎B新生児等相談票（はがき）

このガイドには妊婦・乳児一般健康診査等依頼票をはじめ大切な書類をとじ込んでいますので、紛失しないよう十分注意しましょう。

◎すぐに下の空欄へ必要事項を記入しておきましょう。

◎このガイドは母子健康手帳と一緒に持ちください。また、双生児（ふたご）以上のお子さんが生まれることがわかった場合は、市町村窓口で母子健康手帳とともにこのガイドもお子さんの数だけ交付してもらってください。

◎保健・福祉サービスは、都道府県や市町村によって異なりますが、このガイドには岡山県内で共通することだけを記載しています。

詳しくは、お住まいの市町村窓口でお確かめください。

◎また、住所が変わられましたら、転出先の市町村窓口でサービスを確認されるとよいでしょう。

交付年月日	年 月 日
市 町 村 名	TEL
保護者の氏名	
フリガナ	
子 の 氏 名	(第 子)
住 所	TEL

母子健康手帳の交付No. ()

**母子健康手帳別冊
「母子保健ガイド」（令和8年度版）**

編 集 岡山県

受診券の使用等に関するお問い合わせは、お住まいの市町村（P7～8）へご連絡ください。

妊娠から出産まで

出産を無事迎えるためには、妊娠中の健康管理が何より大切です。妊娠中を健やかに過ごしていただくために、各市町村では母子健康手帳の交付や妊娠中の健康診査サービスを用意しています。

妊娠したら・・・

◎妊娠届出を行い母子健康手帳の交付を受けましょう

妊娠がわかったら速やかに市町村窓口へ届出を行い、母子健康手帳の交付を受けてください。

また、妊娠に関して困っていること、相談したいことがある場合は、次の相談窓口をご利用ください。

●相談窓口：各市町村

●相談方法：とじ込みはがき「A妊婦相談票」を送るか、電話等で直接ご連絡ください。

妊娠中は・・・

◎妊婦健康診査を受けましょう

お母さんと赤ちゃんの健康チェックはとても大切です。妊娠中は、次のとおり、14回程度健康診査を受けることが望ましいとされています。

- 妊娠23週までは 4週間に1回
- 妊娠24週から妊娠35週までは 2週間に1回
- 妊娠36週以降分娩まで 1週間に1回

とじ込みの妊婦一般健康診査依頼票等を医療機関へ提出することにより、安価で受診することができますので、かかりつけの産婦人科で、定期的に健康診査を受けましょう。

〈第1回〉妊娠第8～12週を目安

(項目)問診及び診察、尿化学検査、保健指導、血液型検査(A・B・O血液型・Rh血液型・不規則抗体)、梅毒血清反応検査、HIV抗体価検査、風疹ウイルス抗体価検査、末梢血液一般検査、B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体価検査、グルコース検査、HTLV-1抗体価検査、子宮頸がん検診(細胞診)、その他医師が必要と認める検査

〈第2回以降〉

(項目)問診及び診察、尿化学検査、保健指導、その他医師が必要と認める検査、超音波検査(妊娠第8～12・20・30・37週頃を目安)、血液検査(妊娠第26・37週頃を目安)、クラミジア抗原検査(妊娠第30週頃を目安)、B群溶血性レンサ球菌(GBS)検査(妊娠第34週頃を目安)

働いている方は・・・

◎産前・産後の健康管理

働いている妊産婦の方(妊娠中及び出産後1年を経過しない女性)は、事業主に申し出ることにより前述の妊婦健康診査や保健指導を受けるために勤務時間中に通院することができます。(医師や助産師の指示で受診回数が増えても大丈夫です。)

妊産婦が医師などの指導を受けた場合には、その指導事項を守ることができるよう、事業主は、勤務時間の変更、勤務の軽減など必要な措置を講じなければなりません。

医師などから受けた指導事項を職場に的確に伝えるために「母性健康管理指導事項連絡カード」がありますのでご利用ください。(母子健康手帳の中にカードの様式がありますので、拡大コピーをして用いることができます。)

赤ちゃんとお母さんの健康管理

我が子の健やかな成長を願うのは、親なら当然のこと。「元気に育ってほしい」との願いをサポートするのがここに紹介する各種検査・健診です。早期発見できる病気もたくさんあります。これらの検査・健診を利用し、お子様の健やかな成長を応援してあげてください。

赤ちゃんが産まれたら・・・

◎先天性代謝異常検査を受けましょう

生まれてきた赤ちゃんの中には、フェニルケトン尿症など先天性代謝異常の病気をもっていることがあり、放置すると知的障害や発育障害などの症状が現れ、時にはショックや肝障害などで命にかかわることもあります。

しかし、早期に異常を発見し、専門医の治療を受ければ、健康な生活を送ることができるようになりますので、未来ある赤ちゃんのためにも、ぜひこの検査を受けましょう。

Q どのような検査ですか？

生まれて4日目から6日目の間に足の裏からごく少量の血液を採って検査します。

Q 検査費用の負担は？

岡山県内の医療機関で出産し、検査を受ける場合は、検査費用は岡山県、岡山市が負担していますので、無料となります。

ただし、医療機関で行う採血にかかる費用（採血料）は保護者の方の負担となります。

Q 検査を受けるには？

この母子保健ガイドとじ込みの「先天性代謝異常等検査依頼票兼同意書」に必要事項を記入し、出産医療機関へ提出してください。

岡山県以外の医療機関で出産される場合は、各都道府県の母子保健事業担当にお問い合わせください。

Q 検査結果は？

1回目の結果で陽性となったときは出産医療機関、または保健所からお知らせします。この時はもう一度検査を受けていただきます。ほとんどの場合は、正常ですので、心配せずに再検査を受けるようにしてください。

2回目の検査が陰性のときは、正常ですから心配はいりません。2回目の検査でも陽性のときは精密検査のため、専門の医療機関を紹介します。また、保健所の保健師がフォローしますのでご相談ください。

◎新生児聴覚検査を受けましょう

1,000人のうち1～2人は生まれつき耳の聞こえに障害を持つと言われていますが、その障害を早く発見して、適切な援助を受けることにより、言葉の発達を促し、情緒や社会性を育てることができます。このため、生まれた赤ちゃんを対象に「新生児聴覚検査」を実施していますので、ぜひこの検査を受けられることをお勧めします。

なお、検査機器は仕様上、生後6か月までの赤ちゃんを対象としています。

Q どのような検査ですか？

自動聴性脳幹反応（自動ABR）という方法で、赤ちゃんが眠っている状態で小さい音を聴かせて、そのとき脳から出る反応波形を測定し、耳の聞こえが正常かどうかを自動的に判定する検査です。

Q 検査を受けるには？

出産された医療機関が一定の基準を満たす契約医療機関である場合は、この母子保健ガイドとじ込みの「新生児聴覚検査依頼票」に必要事項を記入し、医療機関へ提出することにより検査を受けることができます。

また、出産された医療機関が聴覚検査を実施していない場合や県外で出産される方のために、次の5つの医療機関において外来スクリーニング（外来検査）を実施していますので、電話で予約申込みをしてください。

《外来スクリーニング機関と予約電話番号》

岡山赤十字病院 086 (222) 8811

岡山済生会外来センター病院 086 (252) 2039

倉敷成人病センター 086 (422) 2112／0120 (120) 353

津山中央病院 0868 (21) 8111

総合病院落合病院 0867 (52) 1133

詳しくはお住まいの市町村または各医療機関におたずねください。

Q 検査費用の負担は？

岡山県内に住所があるお子さんと、保護者が検査を受けることに同意された場合は、検査費用の一部または全部を公費で負担します。自己負担額はお住まいの市町村へお問い合わせください。外来スクリーニングも同額です。（県外に住所のあるお子さんは全額自己負担となります）

Q 検査結果は？

初回検査または確認検査（2回目の検査）で「パス」の場合、その時点では聴覚に異常はありません。

確認検査で「要再検」の場合、直ちに耳の聞こえが悪い

わけではありませんが、詳しい検査をする必要がありますので、精密検査機関で必ずもう一度検査を受けてください。

なお、検査結果等については市町村へ報告されます。「要再検」の場合には、精密検査をもれなく受けられたか、適切な療育を受けられているかどうかを確認し、サポートを行うため、精密検査機関や療育機関、県など関係機関にも検査結果は通知されます。

また、今後の検査の実施方法や実施体制等の検討を行うため、関係機関で構成する「岡山県新生児聴覚検査事業推進協議会」が検査結果を分析し、追跡調査を行います。

この情報は他の目的には使用しませんし、プライバシーを守ることにしても、十分注意を払いますのでご安心ください。

Q 検査で「パス」の場合、一生聴覚障害の心配はありませんか？

原則として、その時点では聞こえに問題はないと考えられますが、お子さんによく見られる中耳炎や、ごく稀ですが進行性聴覚障害など、後に耳のきこえが悪くなることもあります。10ページの「耳のきこえと言葉の発達のチェックリスト」を使って、今後もお子さんの耳のきこえには注意してあげてください。

産婦健康診査を受診しましょう

お母さんの心と身体健康状態について、産後2週間、産後1か月など、出産後間もない時期に最大2回まで産婦人科医療機関で健診を受けることができます。公費負担上限額は5,000円です。詳細は市町村へおたずねください。

訪問指導

◎新生児訪問指導について

新生児期（赤ちゃんが生まれて28日間）は、お母さんの心身が不安定になりやすく、また育児にも慣れていない時期です。この時期に、保健師などが家庭訪問により、赤ちゃんの成長発達、授乳、生活環境、予防接種、健診等育児に関することや、お母さんの心身の健康の相談に応じています。気がかりなことは抱え込まず、ご連絡ください。

●相談窓口：各市町村

●相談方法：とじ込みはがき「**B 新生児等相談票**」を送るか、電話等で直接ご連絡ください。

◎未熟児訪問指導について

未熟児は、疾病予防に留意し、成長発達をきめ細やかに見守る必要があります。

出生時に2,500g未満の赤ちゃんは、母子保健法の規定により、早期支援のため、すみやかに届け出ていただくことになっています。保護者の届出票や、医療機関からの紹介により、保健師や助産師などが家庭訪問による保健指導を行います。

赤ちゃんが入院している場合でも、お母さんやご家族の相談に応じることができます。

●届出窓口：各市町村

●届出方法：市町村窓口で届出手続きを行ってください。

●相談方法：とじ込みはがき「**B 新生児等相談票**」を送るか、電話等で直接ご連絡ください。

乳幼児の健診

◎乳児健康診査

（日時、場所など詳しいことは市町村へおたずねください。）

1歳未満の乳児は、医療機関で2回健康診査を無料で受けられます。

とじ込みの乳児一般健康診査依頼票を医療機関へ提出して受診しましょう。

※1歳になると使用できませんので、ご注意ください。

※原則として、岡山県内の医療機関に限られますが、県外の医療機関で健診を受けたいとき、その他不明な点は市町村窓口へおたずねください。

このほか、集団健康診査を行っている市町村もあります。

◎1歳6か月児健康診査

1歳6か月から2歳までの幼児を対象に、各市町村で一般健康診査と歯科健康診査を行っています。

健康診査の費用は無料です。市町村から通知がありましたら、必ず受診するようにしましょう。

◎3歳児健康診査

3歳児を対象に、各市町村で一般健康診査、歯科健康診査、視聴覚検査を行っています。

健康診査の費用は無料です。市町村から通知がありましたら、必ず受診するようにしましょう。

岡山県で作成している「晴れの国おかやま
リトルベビーハンドブック」を居住する市
町村窓口で受け取ることができます。
リトルベビーに関する情報はこちら→



（岡山県ホームページ）

仕事との両立

◎妊娠・出産、育児休業等を理由として事業主から解雇等の不利益取扱いや、妊娠したことや育児休業などで上司・同僚からハラスメントをうけていませんか。

妊娠・出産、育児休業等を理由とする解雇、不利益な異動、減給、降格などの不利益取扱いは男女雇用機会均等法、育児・介護休業法で禁止されています。また、職場における妊娠・出産、育児休業等についてのハラスメントについて防止対策の実施が事業主に義務付けられています。

職場でこのようなトラブルがありましたら、下記相談窓口へご相談ください。

●相談窓口：岡山労働局雇用環境・均等室 電話086(225)2017

◎産前・産後休業

請求すれば、出産予定日の6週間前（双子以上の場合は14週間前）から産前休業を取得できます。また、原則として出産翌日から8週間は就業することができません。

●問い合わせ窓口：最寄りの労働基準監督署

◎育児休業制度

原則として子が満1歳（特定の場合には1歳6ヶ月又は2歳）までの任意の期間、休業を2回まで分割して取得することができる制度です。一定の要件を満たす期間雇用者も育児休業の対象になります。

また、通常の育児休業とは別に、子の出生後8週間以内に最大4週間まで取得できる「産後パパ育休」制度があります。

その他、勤務時間の短縮や残業の免除、子の病気やケガ

の際には子の看護等休暇などがあります。仕事と育児の両立のために利用できる制度の詳細は岡山労働局ホームページをご覧ください。

◎育児・介護休業法が改正されました

男女ともに仕事と育児・介護を両立できるようにするため、子の年齢に応じた柔軟な働き方を実現するための措置の拡充や、育児休業の取得状況の公表義務対象となる事業主の拡大、介護離職防止のための仕事と介護の両立支援制度の強化、次世代育成支援対策の推進・強化等の内容が盛り込まれています。詳しくは、厚生労働省のホームページをご確認ください。

育児・介護休業法に関する
厚生労働省ホームページはこちら→



●問い合わせ窓口：岡山労働局雇用環境・均等室 ☎086(225)2017

◎育児休業給付

雇用保険から、育児休業等給付として、子の年齢や養育の状況に応じて、要件を満たす場合、出生時育児休業給付金、育児休業給付金、出生後休業支援給付金、育児時短就業給付金が支給される制度があります。

●問い合わせ窓口：

育児休業等給付コールセンター☎0570(200)406
最寄りの公共職業安定所

経済的な支援

◎妊婦のための支援給付交付金

全ての妊産婦・子育て家庭が安心して出産・子育てができるよう、妊娠期から切れ目ない伴走型の相談支援の推進を図るとともに、経済的支援として妊婦のための支援給付交付金を支給します。

申請方法等は、市町村によって異なっていますので、各市町村へおたずねください。

●問い合わせ窓口：市町村の妊婦のための支援給付交付金担当窓口

◎児童手当

高校卒業までの児童を養育している保護者に対し、児童手当が支給されます。

新たに児童手当を受けようとする保護者の方は、市町村窓口（公務員の方は勤務先）で、認定請求等の手続きが必要となりますので、下記へお問い合わせください。

●問い合わせ窓口：市町村の児童手当窓口（公務員の方は勤務先）

◎児童扶養手当

父母の離婚などで、父または母と生計を同じくしていない児童を監護しているひとり親の方や、父または母に代わって児童を養育している方に対して支給されます。

●問い合わせ窓口：市町村の児童扶養手当窓口

◎小児医療費

子どもが病気などで医療機関を受診した場合、医療保険による自己負担額に対して市町村が助成する制度があります。

対象年齢・所得制限などの給付条件は、市町村によって異なっていますので、受給資格者証の申請方法も含めて、各市町村へおたずねください。

●問い合わせ窓口：市町村の小児医療窓口

地域ぐるみの子育て支援

◎妊娠中や出産後の心や体の悩みについて相談するには

おやかま妊娠・出産サポートセンター 《岡山大学病院内》

●相談時間：月・火・水・金 9：00～12：00（祝日・年末年始を除く）

●電話番号：086（235）7899

●メール：ninshin@okayama-u.ac.jp

◎子育ての悩みや不安について相談するには

総合相談窓口 《岡山県青少年総合相談センター》

●相談時間：年中無休（年末年始を除く）8：30～21：30

●電話番号：086（224）7110

●メール：sodan110@po1.oninet.ne.jp

子ども・家庭電話相談室 《岡山県中央児童相談所》

●相談時間：月～土 9：00～20：00（祝日・年末年始を除く）

●電話番号：086（235）4157

◎夜間休日子どもの具合が急に悪くなったときに相談するには

小児救急電話相談

●相談時間：月～金 19：00～翌朝8：00

土曜日 18：00～翌朝8：00

日・祝日・年末年始 8：00～翌朝8：00

●電話番号：#8000または

086（801）0018

◎地域では

各市町村の育児相談窓口で母子の健康にかかわる相談を受け付けているほか、保健所でも相談を受け付けていますので、気軽にご相談ください。

○発育、育児全般に関することやストレスに関する相談

市町村、市町村のこども家庭センター（子育て世代包括支援センター）、かかりつけの医療機関、保健所

○養育上の悩みやしつけなどに関する相談

地域子育て支援センター、児童館、愛育委員、民生・児童委員、福祉事務所、児童相談所

各保健所 窓口一覧

※先天性代謝異常等検査については、お住まいの市町村を担当する保健所へお問い合わせください。

(令和8年4月1日現在)

保健所名	所在地	電話	担当市町村
岡山市保健所 健康づくり課	〒700-8546 岡山市北区鹿田町1-1-1	(086) 803-1264	岡山市
備前保健所	〒703-8278 岡山市中区古京町1-1-17	(086) 272-3950	玉野市、瀬戸内市、 吉備中央町
東備支所	〒709-0492 和気郡和気町和気487-2	(0869) 92-5179	備前市、赤磐市、 和気町
倉敷市保健所 健康づくり課	〒710-0834 倉敷市世沖170	(086) 434-9820	倉敷市
備中保健所	〒710-8530 倉敷市羽島1083	(086) 434-7025	総社市、早島町
井笠支所	〒714-8502 笠岡市六番町2-5	(0865) 69-1673	笠岡市、井原市、浅口市、 里庄町、矢掛町
備北保健所	〒716-8585 高梁市落合町近似286-1	(0866) 21-2835	高梁市
新見支所	〒718-8550 新見市高尾2400	(0867) 72-5691	新見市
真庭保健所	〒717-8501 真庭市勝山591	(0867) 44-2991	真庭市、新庄村
美作保健所	〒708-0051 津山市椿高下114	(0868) 23-0148	津山市、鏡野町、 久米南町、美咲町
勝英支所	〒707-8585 美作市入田291-2	(0868) 73-4055	美作市、勝央町、 奈義町、西条倉村

各市町村 窓口一覧

※母子保健全般については、お住まいの下記市町村へお問い合わせください。(ハガキA・Bの宛先もこちらになります。)

(令和8年4月1日現在)

市町村名	担当課名	所在地	電話
岡山市	北区中央保健センター	〒700-8546 岡山市北区鹿田町1-1-1 岡山市保健福祉会館内	(086) 803-1265
	北区北保健センター	〒700-0071 岡山市北区谷万成2-6-33 北ふれあいセンター内	(086) 251-6515
	北区北保健センター御津・建部分室	〒709-3198 岡山市北区建部町福渡489 北区役所建部支所総務民生課内	(086) 722-1114
	中区保健センター	〒702-8002 岡山市中区桑野715-2 岡山ふれあいセンター内	(086) 274-5164
	東区保健センター	〒704-8192 岡山市東区西大寺中野本町4-5	(086) 943-3210

市町村名	担当課名	所在地	電話
岡山市	南区西保健センター	〒701-0205 岡山市南区妹尾880-1 西ふれあいセンター内	(086) 281-9625
	南区南保健センター	〒702-8021 岡山市南区福田690-1 南ふれあいセンター内	(086) 261-7051
倉敷市	妊婦・子育て相談ステーション すくすく倉敷	〒710-0834 倉敷市世沖170 倉敷市保健所1階倉敷保健推進室内	(086) 424-0606
	妊婦・子育て相談ステーション すくすく児島	〒711-8565 倉敷市児島小川町3681-3 児島支所1階児島保健推進室内	(086) 472-0606
	妊婦・子育て相談ステーション すくすく玉島	〒713-8565 倉敷市玉島阿賀崎1丁目1-1 玉島支所1階玉島保健推進室内	(086) 523-0606
	妊婦・子育て相談ステーション すくすく水島	〒712-8565 倉敷市水島北幸町1-1 水島支所2階水島保健推進室内	(086) 446-0606
	妊婦・子育て相談ステーション すくすく真備	〒710-1398 倉敷市真備町筋田1141-1 真備支所1階真備保健推進室内	(086) 697-0606
津山市	健康増進課	〒708-8501 津山市山北800 津山すこやか・こどもセンター	(0868) 32-2069
玉野市	こどもみらい課 (こども家庭センター)	〒706-8510 玉野市宇野1-27-1	(0863) 32-5554
笠岡市	子育て支援課	〒714-8601 笠岡市中央町1-1	(0865) 69-2132
井原市	健康医療課	〒715-0021 井原市上上郡町658-2 井原保健センター	(0866) 82-8224
総社市	こども課	〒719-1192 総社市中央1丁目1-1	(0866) 92-8261
高梁市	健康づくり課	〒716-8501 高梁市松原通2043	(0866) 21-0228
新見市	健康医療課	〒718-8501 新見市新見310-3	(0867) 72-6129
備前市	すこやかびげん (備前市こども家庭センター)	〒705-8602 備前市東片上126	(0869) 64-1853
瀬戸内市	健康づくり推進課	〒701-4292 瀬戸内市邑久町尾張300-1	(0869) 24-8061
赤磐市	健康増進課	〒709-0898 赤磐市下市344	(086) 955-1117
	こども家庭センター (子育て支援課)	〒709-0898 赤磐市下市344	(086) 955-2615
真庭市	こども家庭センター	〒719-3292 真庭市久世2927-2	(0867) 42-1816
美作市	子ども政策課	〒707-0014 美作市北山390-2 美作保健センター	(0868) 75-3911
	勝田総合支所 地域福祉係	〒707-0113 美作市真加部1616	(0868) 77-1111
	東栗倉総合支所 地域福祉係	〒707-0404 美作市太田152-1	(0868) 78-3133

(令和8年4月1日現在)

市町村名	担当課名	所在地	電話
美 作 市	大原保健センター	〒707-0412 美作市古町1850-1	(0868) 78-0503
	作東総合支所 地域福祉係	〒709-4292 美作市江見945	(0868) 75-1111
	英田総合支所 地域福祉係	〒701-2604 美作市福本810-2	(0868) 74-3111
浅 口 市	健康こども福祉課	〒719-0243 浅口市鴨方町鶴方2244-26 浅口市健康福祉センター内	(0865) 44-7114
和 気 町	こどもまんなか支援室	〒709-0495 和気郡和気町尺所555	(0869) 93-4550
早 島 町	こども未来課	〒701-0303 都窪郡早島町前湯360-1	(086) 482-2480
里 庄 町	健康福祉課	〒719-0398 浅口市里庄町大字里見1107-2	(0865) 64-7211
矢 掛 町	こどもみらい課	〒714-1297 小田郡矢掛町矢掛3018	(0866) 82-1060
新 庄 村	住民福祉課	〒717-0201 真庭郡新庄村2008-1	(0867) 56-2646
鏡 野 町	子育て支援課 こども家庭センター	〒708-0392 苫田郡鏡野町竹田660	(0868) 54-2991
勝 央 町	健康福祉部 こども未来室	〒709-4334 勝田郡勝央町平242-1 勝央町総合保健福祉センター	(0868) 38-1192
奈 義 町	こども・長寿課	〒708-1323 勝田郡奈義町豊沢327-1 保健相談センター	(0868) 36-6700
西 粟 倉 村	保健福祉課	〒707-0503 英田郡西粟倉村影石33-1	(0868) 79-2233
久 米 南 町	子育て世代包括支援センター	〒709-3614 久米郡久米南町下弓削502-1	(086) 728-2047
美 咲 町	健康推進課	〒709-3717 久米郡美咲町原田2144-2	(0868) 66-1195
	旭総合支所地域振興課	〒709-3404 久米郡美咲町西川1001-12	(0867) 27-3111
	柵原総合支所地域振興課	〒708-1533 久米郡美咲町久木200-8	(0868) 62-1111
吉備中央町	保健課	〒716-1192 加賀郡吉備中央町豊野1-2	(0866) 54-1326

児童相談所 窓口一覧

※児童相談所では、お子さんの健やかな成長発達を願い18歳までの子どものあらゆる相談に応じていますので、気軽にご利用ください。

(令和8年4月1日現在)

相談所名	所在地	電話	担当市町村
岡山市こども総合相談所	〒700-8546 岡山市北区鹿田町1-1-1	(086) 803-2525	岡山市
岡山県中央児童相談所	〒700-0807 岡山市北区南方2-13-1	(086) 235-4152	玉野市、瀬戸内市、備前市、赤磐市、吉備中央町、和気町
岡山県倉敷児童相談所	〒710-0052 倉敷市美和1-14-31	(086) 421-0991	倉敷市、総社市、早島町
(井笠相談室)	〒714-8502 笠岡市六番町2-5	(0865) 69-1680	笠岡市、井原市、浅口市、里庄町、矢掛町
(高梁分室)	〒716-8585 高梁市落合町近似286-1	(0866) 21-2833	高梁市
(高梁分室新見相談室)	〒718-8550 新見市高尾2400	(0866) 21-2833	新見市
岡山県津山児童相談所	〒708-0004 津山市山北288-1	(0868) 23-5131	津山市、真庭市、美作市、新庄村、鏡野町、美咲町、久米南町、勝央町、奈義町、西粟倉村

- 児童相談所虐待対応ダイヤル 189 (いちばやく)
お住まいの地域の児童相談所に電話をおつなぎします。
※一部のIP電話からはつながりません。
※通話料は無料です。

- 児童相談所相談専用ダイヤル
0570-783-189 (なやみ・いち・はやく)
※通話料がかかります。

お母さんになったあなたへ こんなことはありませんか？

- 気分が落ち込む、涙もろくなる。
- 赤ちゃんのことがかわいいと思えない。
- イライラする。
- 集中力がなく、ぼんやりする。

※「産後うつ病」

産後数週間から3か月頃までにみられ、専門家による治療が必要ことがあります。

※「マタニティブルー」

産後数日から数週間にみられることがあります。日にちがたてば多くは自然によくなります。

出産後に急にホルモンのバランスが変化することや、慣れない育児による疲れや睡眠不足、育児へのプレッシャーが原因として関わっています。

- 十分に休養をとみましょう。
- 何でも「完ぺきに」と思わないようにしましょう。
- 周囲の人や友人に早めに相談しましょう。
- 長引くようなら医師や助産師、保健師に相談しましょう。
- 産後2週間、産後1か月ごろ産婦人科医療機関で産後のお母さんの心と身体の健康状態を診てもらえる「産婦健康診査」が受診できますので、ご利用ください。

お母さんの心の健康状態を 次の質問で確認してみましょう。

お子さんが生まれてから今までどのように感じていますか？

今日だけでなく過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えを選んでください。

お母さん自身の気持ちについて

1. 笑うことができず、物事の面白い面がわからない。
2. 物事を楽しみにして待つことができない。
3. 物事がうまくいかない時、不必要に自分を責める。
4. 理由もないのに不安になったり、心配する。
5. 理由もないのに恐怖に襲われる。
6. することがたくさんある時にうまく対処できない。
7. 気分的に楽しくないので眠りにくい。
8. 悲しくなったり、みじめになる。
9. 気分的に楽しくないので、泣けてくる。
10. 自分自身を傷つけるのではないかという考えが浮かんでくる。

- このような状態が1週間以上続くようなら、かかりつけの産婦人科医師や保健師、助産師にご相談ください。
相談・連絡先は7～8ページの各市町村窓口一覧をご参照ください。

家庭でできる 耳のきこえと言葉の発達のチェックリスト

次の各項目について、月齢毎にお子様出来る項目にチェックしてみてください。

各月齢でチェックした項目が半分以下の場合、念のため、かかりつけの先生に相談してみてください。

【3か月頃】

- () 大きな声に驚く。
- () 大きな音で目を覚ます。
- () 音がする方を向く。
- () 泣いているときに、声をかけると泣きやむ。
- () あやすと笑う。
- () 話しかけると、「アー」「ウー」などと声を出す。

【6か月頃】

- () 音がする方を向く。
- () 音が出るおもちゃを好む。
- () 両親など、よく知っている人の声を聞きわける。
- () 声を出して笑う。
- () 「キャッキャッ」と声を出して喜ぶ。
- () 人に向かって声を出す。

【9か月頃】

- () 名前を呼ぶとふりむく。
- () 「イナイナイバー」の遊びを喜ぶ。
- () 叱った声「ダメッ!」「コラ!」などというのと、手を引っ込めたり、泣き出したりする。
- () おもちゃに向かって声を出す。
- () 「マ」「パ」「バ」などの音を出す。
- () 「チャ」「ダダ」などの音を出す。

【12か月頃】

- () 「ちょうだい」「ねんね」「いらっしやい」などの言葉を理解する。
- () 「バイバイ」の言葉に反応する。
- () 大人の言葉をまねようとする。
- () 意味のある言葉ではないが、さかんにおしゃべりをする。
- () 意味がある言葉を1つか2つ言える。(食べ物のことを「マンマ」、おかあさんを「ママ」など)
- () 単語の一部をまねて言う。

【1歳6か月頃】

- () 絵本を読んでももらいたがる。
- () 絵本を見て知っているものを指す。
- () 簡単な言いつけがわかる。(「その本を取って」「このゴミを捨てて」など)
- () 意味がある言葉を1つか2つ言える。
- () 意味がある言葉を3つ以上言える。
- () 絵本を見て知っているものの名前を言う。

妊婦第8～12週を目安に使用してください

医療機関
コード

+

+

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊婦氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電話番号	
受 診 日	年 月 日

妊婦一般健康診査依頼票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導
血液型検査(ABO血液型、Rh血液型、不規則抗体)/梅毒血清反応検査
HIV抗体価検査/風疹ウイルス抗体価検査/末梢血液一般検査
B型肝炎抗原検査/C型肝炎抗体価検査/グルコース検査/HTLV-1抗体価検査
子宮頸がん検診(細胞診)/その他医師が必要と認める検査()

上記妊婦の一般健康診査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票			
健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
健康診査の所見又は今後必要な処置			
尿 化 学 検 査	1.異常なし 2.経過観察 () 3.要精密検査() 4.要治療()		
子宮頸がん検診	1.陰性(NILM) 2.ASC-US 1.異常なし 3.ASC-H 4.LSIL 2.要精密検査 5.HSIL 6.SCC 3.要治療 7.AGC 8.AIS 4.不明 9.Adenocarcinoma 10.other malign. 11.判定不能		
血 液 検 査	1.異常なし 2.経過観察 () 3.要精密検査() 4.要治療()		
総 合 判 定	1.異常なし 2.経過観察 () 3.要精密検査() 4.要治療()		
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()		
依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は 上記のとおりでした。 委託医療機関の 所在地 名 称 担当医師名			

⑨ 医療機関へのお願い……
 左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票は、妊娠8～12週を目安に使用してください。健診を受けるときは、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。今回の健診依頼内容に含まれる血液検査については、「妊婦血液検査受診票」の提出は不要です。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第2回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
-------	-------	------	---

健康診査の所見又は今後必要な処置

総 合 判 定	1.異常なし
	2.経過観察（ ）
	3.要精密検査（ ）
	4.要治療（ ）
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()

依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第3回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
-------	-------	------	---

健康診査の所見又は今後必要な処置

総 合 判 定	1.異常なし
	2.経過観察（ ）
	3.要精密検査（ ）
	4.要治療（ ）
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()

依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第4回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
-------	-------	------	---

健康診査の所見又は今後必要な処置

総 合 判 定	1.異常なし
	2.経過観察（ ）
	3.要精密検査（ ）
	4.要治療（ ）
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()

依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第5回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
-------	-------	------	---

健康診査の所見又は今後必要な処置

総 合 判 定	1.異常なし
	2.経過観察（ ）
	3.要精密検査（ ）
	4.要治療（ ）
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()

依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第6回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
-------	-------	------	---

健康診査の所見又は今後必要な処置

総 合 判 定	1.異常なし
	2.経過観察（ ）
	3.要精密検査（ ）
	4.要治療（ ）
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()

依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第7回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
-------	-------	------	---

健康診査の所見又は今後必要な処置

総 合 判 定	1.異常なし
	2.経過観察（ ）
	3.要精密検査（ ）
	4.要治療（ ）
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()

依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第8回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
-------	-------	------	---

健康診査の所見又は今後必要な処置

総 合 判 定	1.異常なし
	2.経過観察（ ）
	3.要精密検査（ ）
	4.要治療（ ）
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()

依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第9回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票			
健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
健康診査の所見又は今後必要な処置			
総 合 判 定	1.異常なし 2.経過観察（ ） 3.要精密検査（ ） 4.要治療（ ）		
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()		
依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は 上記のとおりでした。 委託医療機関の 所在地 名 称 担当医師名			

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第10回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票			
健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
健康診査の所見又は今後必要な処置			
総 合 判 定	1.異常なし		
	2.経過観察（ ）		
	3.要精密検査（ ）		
	4.要治療（ ）		
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()		
依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は 上記のとおりでした。 委託医療機関の 所在地 名 称 担当医師名			

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第11回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票			
健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
健康診査の所見又は今後必要な処置			
総 合 判 定	1.異常なし		
	2.経過観察（ ）		
	3.要精密検査（ ）		
	4.要治療（ ）		
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()		
依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は 上記のとおりでした。 委託医療機関の 所在地 名 称 担当医師名			

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第12回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票			
健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
健康診査の所見又は今後必要な処置			
総 合 判 定	1.異常なし		
	2.経過観察（ ）		
	3.要精密検査（ ）		
	4.要治療（ ）		
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()		
依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は 上記のとおりでした。 委託医療機関の 所在地 名 称 担当医師名			

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第13回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票			
健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
健康診査の所見又は今後必要な処置			
総 合 判 定	1.異常なし		
	2.経過観察（ ）		
	3.要精密検査（ ）		
	4.要治療（ ）		
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()		
依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は 上記のとおりでした。 委託医療機関の 所在地 名 称 担当医師名			

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

問診及び診察/尿化学検査/保健指導

その他医師が必要と認める検査（ ）

上記妊婦の一般健康診査（第14回目）を依頼します。

委託医療機関の長 様
高 梁 市 長

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票			
健 診 日	年 月 日	妊娠週数	週
健康診査の所見又は今後必要な処置			
総 合 判 定	1.異常なし		
	2.経過観察（ ）		
	3.要精密検査（ ）		
	4.要治療（ ）		
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	訪問指導の必要性 無 ・ 有 ()		
依頼のあった左記妊婦の健康診査の結果は 上記のとおりでした。 委託医療機関の 所在地 名 称 担当医師名			

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 妊娠したら4週間に1回、妊娠24週（第7月）以降は2週間に1回、妊娠36週（第10月）以降は1週間に1回、定期的に健診を受ける必要があります。このうち、当市（町村）が14回分の受診券を交付します。
- (イ) 本票については、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に提出してください。
- (ウ) 本票による健診の費用は、市町村の公費で負担します。なお公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、妊婦さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 本票は、本人以外は使用できません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。

医療機関の方へ

- (ア) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」を必ず実施し、その費用を（ウ）により請求してください。
- (イ) 表面に記載している「今回の健診（依頼）内容」は市町村の公費で負担しますので、対象者には請求しないでください。
- (ウ) 費用の請求については、本票の表面の健診結果欄に所定事項を記入の上、1か月分をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) 万一、請求額が公費負担額を下回る場合は、直接、市町村に請求してください。
- (オ) この依頼票による妊婦健康診査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

妊娠第8～12週を目安に使用してください

医療機関
コード

+

+

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 超 音 波 検 査 依 頼 票

上記妊婦の超音波検査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



妊 婦 超 音 波 検 査 受 診 結 果 票

実 施 日	年 月 日	妊 娠 満 週
-------	-----------------	--------------

1. 異常なし
2. 経過観察
()
3. 要精密検査
()
4. 要治療
()

依頼のあった左記妊婦の検査結果は上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 本票による超音波検査の費用は市町村の公費で負担します。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。
- (イ) 妊婦一般健康診査依頼票を使うときに、本票の本人記入欄を記入して、母子健康手帳とともに医療機関窓口へ提出してください。
- (ウ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (エ) 本票は、本人以外は使用できません。なお、この依頼票による検査の実施状況は、市町村によって異なりますので、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

- (ア) 本検査の結果は、結果票に記入してください。
- (イ) 本検査の費用は、(ウ)の方法により請求してください。
- (ウ) 費用の請求にあたっては、1か月分の本票及び同時に使用した妊婦一般健康診査受診結果票をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) この依頼票による検査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限ります。

妊娠第20週を目安に使用してください

医療機関
コード

+

+

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 超 音 波 検 査 依 頼 票

上記妊婦の超音波検査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



㊤赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 超 音 波 検 査 受 診 結 果 票

実 施 日	年 月 日	妊 娠 満 週
-------	-----------------	--------------

1. 異常なし
2. 経過観察
()
3. 要精密検査
()
4. 要治療
()

依頼のあった左記妊婦の検査結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

㊤ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 本票による超音波検査の費用は市町村の公費で負担します。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。
- (イ) 妊婦一般健康診査依頼票を使うときに、本票の本人記入欄を記入して、母子健康手帳とともに医療機関窓口へ提出してください。
- (ウ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (エ) 本票は、本人以外は使用できません。なお、この依頼票による検査の実施状況は、市町村によって異なりますので、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

- (ア) 本検査の結果は、結果票に記入してください。
- (イ) 本検査の費用は、(ウ)の方法により請求してください。
- (ウ) 費用の請求にあたっては、1か月分の本票及び同時に使用した妊婦一般健康診査受診結果票をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) この依頼票による検査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限ります。

妊娠第30週を目安に使用してください

医療機関
コード

+

+

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 超 音 波 検 査 依 頼 票

上記妊婦の超音波検査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



⑨赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 超 音 波 検 査 受 診 結 果 票

実 施 日	年 月 日	妊 娠 満 週
-------	-----------------	--------------

1. 異常なし
2. 経過観察
()
3. 要精密検査
()
4. 要治療
()

依頼のあった左記妊婦の検査結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 本票による超音波検査の費用は市町村の公費で負担します。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。
- (イ) 妊婦一般健康診査依頼票を使うときに、本票の本人記入欄を記入して、母子健康手帳とともに医療機関窓口へ提出してください。
- (ウ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (エ) 本票は、本人以外は使用できません。なお、この依頼票による検査の実施状況は、市町村によって異なりますので、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

- (ア) 本検査の結果は、結果票に記入してください。
- (イ) 本検査の費用は、(ウ)の方法により請求してください。
- (ウ) 費用の請求にあたっては、1か月分の本票及び同時に使用した妊婦一般健康診査受診結果票をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) この依頼票による検査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限ります。

妊娠第37週を目安に使用してください

医療機関 コード	

+

+

⑨赤い太線内は本人が記入してください。

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ			
妊 婦 氏 名			
生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日
住 所			
電 話 番 号			
受 診 日		年	月 日

妊 婦 超 音 波 検 査 依 頼 票
上記妊婦の超音波検査を依頼します。
委託医療機関の長 様
高 梁 市 長



妊 婦 超 音 波 検 査 受 診 結 果 票			
実 施 日	年	月	日 妊娠満 週
1.異常なし			
2.経過観察 ()			
3.要精密検査 ()			
4.要治療 ()			
依頼のあった左記妊婦の検査結果は 上記のとおりでした。			
委託医療機関の			
所在地			
名 称			
担当医師名			

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 本票による超音波検査の費用は市町村の公費で負担します。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。
- (イ) 妊婦一般健康診査依頼票を使うときに、本票の本人記入欄を記入して、母子健康手帳とともに医療機関窓口へ提出してください。
- (ウ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (エ) 本票は、本人以外は使用できません。なお、この依頼票による検査の実施状況は、市町村によって異なりますので、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

- (ア) 本検査の結果は、結果票に記入してください。
- (イ) 本検査の費用は、(ウ)の方法により請求してください。
- (ウ) 費用の請求にあたっては、1か月分の本票及び同時に使用した妊婦一般健康診査受診結果票をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) この依頼票による検査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限ります。

妊娠第26週を目安に使用してください

医療機関
コード

+

+

㊤赤い太線内は本人が記入してください。

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 血 液 検 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

末梢血液一般検査/グルコース検査

上記妊婦の血液検査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



妊 婦 血 液 検 査 受 診 結 果 票

実 施 日	年 月 日	妊 娠 満 週
-------	-----------------	--------------

1. 異常なし
2. 経過観察
()
3. 要精密検査
()
4. 要治療
()

依頼のあった左記妊婦の検査結果は上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

㊤ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 本票による血液検査の費用は市町村の公費で負担します。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。
- (イ) 妊婦一般健康診査依頼票を使うときに、本票の本人記入欄を記入して、母子健康手帳とともに医療機関窓口へ提出してください。
- (ウ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (エ) 本票は、本人以外は使用できません。なお、この依頼票による検査の実施状況は、市町村によって異なりますので、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

- (ア) 本検査の結果は、結果票に記入してください。
- (イ) 本検査の費用は、(ウ)の方法により請求してください。
- (ウ) 費用の請求にあたっては、1か月分の本票及び同時に使用した妊婦一般健康診査受診結果票をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) この依頼票による検査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限ります。

妊娠第37週を目安に使用してください

医療機関
コード

+

+

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高 梁 市	

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

妊 婦 血 液 検 査 依 頼 票

今回の健診（依頼）内容

末梢血液一般検査

上記妊婦の血液検査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



㊤赤い太線内は本人が記入してください。

妊 婦 血 液 検 査 受 診 結 果 票

実 施 日	年 月 日	妊娠満 週
-------	-------	-------

1. 異常なし
2. 経過観察
()
3. 要精密検査
()
4. 要治療
()

依頼のあった左記妊婦の検査結果は
上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

㊤ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 本票による血液検査の費用は市町村の公費で負担します。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。
- (イ) 妊婦一般健康診査依頼票を使うときに、本票の本人記入欄を記入して、母子健康手帳とともに医療機関窓口へ提出してください。
- (ウ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (エ) 本票は、本人以外は使用できません。なお、この依頼票による検査の実施状況は、市町村によって異なりますので、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

- (ア) 本検査の結果は、結果票に記入してください。
- (イ) 本検査の費用は、(ウ)の方法により請求してください。
- (ウ) 費用の請求にあたっては、1か月分の本票及び同時に使用した妊婦一般健康診査受診結果票をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) この依頼票による検査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限ります。

妊娠第30週を目安に使用してください

医療機関
コード

+

+

㊦赤い太線内は本人が記入してください。

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード	330092
高	梁
市	

フ	リ	ガ	ナ	
妊婦氏名				
生年月日		昭和・平成	年	月 日
住 所				
電話番号				
受 診 日		年 月 日		

妊婦クラミジア抗原検査依頼票	
上記妊婦のクラミジア抗原検査を依頼します。	
委託医療機関の長 様	
高 梁 市 長	



妊婦クラミジア抗原検査受診結果票			
実 施 日	年	月	日
妊娠満 週			
1.異常なし			
2.要治療			
()			
依頼のあった左記妊婦の検査結果は 上記のとおりでした。			
委託医療機関の			
所在地			
名 称			
担当医師名			

㊦ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 本票によるクラミジア抗原検査の費用は市町村の公費で負担します。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。
- (イ) 妊婦一般健康診査依頼票を使うときに、本票の本人記入欄を記入して、母子健康手帳とともに医療機関窓口へ提出してください。
- (ウ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (エ) 本票は、本人以外は使用できません。なお、この依頼票による検査の実施状況は、市町村によって異なりますので、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

- (ア) 本検査の結果は、結果票に記入してください。
- (イ) 本検査の費用は、(ウ)の方法により請求してください。
- (ウ) 費用の請求にあたっては、1 か月分の本票及び同時に使用した妊婦一般健康診査受診結果票をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) この依頼票による検査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限ります。

妊娠第34週を目安に使用してください

医療機関
コード

+

+

㊦赤い太線内は本人が記入してください。

◎詳細につきましては、裏面をご覧ください。

保険者コード 330092

高 梁 市

フ リ ガ ナ	
妊 婦 氏 名	
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	
電 話 番 号	
受 診 日	年 月 日

B群溶血性レンサ球菌（GBS）検査依頼票	
上記妊婦のB群溶血性レンサ球菌（GBS）検査を依頼します。	
委託医療機関の長 様	
高 梁 市 長	

B群溶血性レンサ球菌（GBS）検査受診結果票					
実 施 日	年	月	日	妊 娠 満	週
1. 異常なし					
2. 要治療					
()					
依頼のあった左記妊婦の検査結果は上記のとおりでした。					
委託医療機関の					
所在地					
名 称					
担当医師名					

㊦ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

妊婦さんへ

- (ア) 本票によるB群溶血性レンサ球菌（GBS）検査の費用は市町村の公費で負担します。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。
- (イ) 妊婦一般健康診査依頼票を使うときに、本票の本人記入欄を記入して、母子健康手帳とともに医療機関窓口へ提出してください。
- (ウ) 助産所または県外の医療機関で妊婦健康診査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (エ) 本票は、本人以外は使用できません。なお、この依頼票による検査の実施状況は、市町村によって異なりますので、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

- (ア) 本検査の結果は、結果票に記入してください。
- (イ) 本検査の費用は、(ウ)の方法により請求してください。
- (ウ) 費用の請求にあたっては、1か月分の本票及び同時に使用した妊婦一般健康診査受診結果票をとりまとめ、それに妊婦一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (エ) この依頼票による検査は、本市町村内に住所を有する妊婦に限ります。

先天性代謝異常等検査依頼票兼同意書(控)

この検査は「岡山県先天性代謝異常等検査事業」として、各医療機関のご協力をいただき実施しています。岡山県では、保護者の方のご理解をいただき、県下の各保健所が検査結果等を把握し、精密検査の受診の助言など、その後の必要な支援を行ってまいります。

岡山県

岡山県以外の医療機関で出産される場合は、原則として、この依頼票は使用できません。

・検査内容等については、2 ページをご覧ください。

- ◆岡山県は、検査精度の向上のために個人が特定できない形で検査結果や治療内容を精密検査機関等に提供することがあります。

また、検査に使用した血液ろ紙は、3 年間、検査機関で保管され、保護者の方が同意をすることで、他の病気の検査等に使用することがあります。

- ◆精密検査受診の助言など、必要な支援のために出産医療機関及び保健所に検査の結果等を報告するとともに、医療機関へ治療状況を確認することがあります。

先天性代謝異常等検査依頼票兼同意書

検査内容（2 ページ）をよく読み、次のことに同意の上、下記乳児の先天性代謝異常等検査を依頼します。

- ◆岡山県は、検査精度の向上のために個人が特定できない形で検査結果や治療内容を精密検査機関等に提供することがあります。

また、検査に使用した血液ろ紙は、3 年間、検査機関で保管され、保護者の方が同意をすることで、他の病気の検査等に使用することがあります。

- ◆精密検査受診の助言など、必要な支援のために出産医療機関及び保健所に検査の結果等を報告するとともに、医療機関へ治療状況を確認することがあります。

年 月 日

医療機関名

殿

乳児生年月日 年 月 日（男・女）

母親氏名

保護者氏名

現住所

TEL

退院後の住所

TEL

分娩後の入院中にご利用ください。

医療機関
コード

+

+

◎裏面をよく読んだ上で、検査を希望する場合は、この依頼票に必要事項を記入の上、医療機関へ提出してください。

保険者コード 330092

高 梁 市

フリガナ

乳児氏名 男・女

生年月日 年 月 日

乳児住所

電話番号

受診日 年 月 日

新生児聴覚検査依頼票 A

私は、裏面を読んだ上で、新生児聴覚検査を受けることを希望します。

年 月 日

保護者氏名 赤ちゃん
(署名) との続柄

住所 TEL

上記乳児の新生児聴覚検査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



⑤赤い太線内は保護者が記入してください。

新生児聴覚検査受診結果票

初回検査

検査日 年 月 日

右耳： パス 要再検

左耳： パス 要再検

確認検査

検査日 年 月 日

右耳： パス 要再検

左耳： パス 要再検

連絡事項

<チェックリスト>

検査機器：

☐ネイタスアルゴ ☐MB-11ベラフォン ☐イーゼースクリーン☐検査の結果について十分に説明を行いましたか。☐検査結果を母子健康手帳に記載しましたか。

紹介先の精密検査医療機関：()

リスク番号：()

備考：()

※リスク番号は岡山県新生児聴覚検査事業の手引きを参照

依頼のあった左記乳児の新生児聴覚検査の結果は上記のとおりでした。

委託医療機関の

所在地

名称

担当医師名

⑤ 医療機関へのお願い……

左上に医療機関コードを記入してください。

保護者の方へ

- (ア) 検査を受ける前に必ず2～3ページをお読みください。
- (イ) 本票は、一定の基準を満たす契約医療機関で使うことができます。検査を希望するときは、本票表面の保護者記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関の窓口に出していただきます。
- (ウ) 本票による検査の費用は、公費で最大2回まで一部負担しますので、保護者の方の自己負担額は1回2,700円となります。なお、検査結果等は市町村が把握し、お子さんへの保健指導や支援に活用します。
- (エ) 県外の医療機関で聴覚検査を受けたいとき、その他不明な点は市町村へお聞きください。
- (オ) 出産された医療機関が聴覚検査を実施していない場合や県外へ里帰り出産される方のために、外来スクリーニングも実施しています。詳しくは3ページをご参照ください。
- (カ) 本票は、お子さん以外は使えません。また、他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換を申し出る必要がありますので、ご注意ください。
- (キ) スクリーニング検査機器は仕様上、生後6か月までの赤ちゃんが対象となっています。生後6か月までに検査を受けてください。

医療機関の方へ

- (ア) 検査費用は、県が定める単価5,540円で実施してください。公費負担と自己負担の割合は、新生児聴覚検査依頼票の種類（A・B）により異なりますが、本票Aについては、自己負担2,700円 公費負担2,840円で実施してください。
- (イ) 費用の請求については、本票の表面の所定事項をすべて記入の上、1か月分をとりまとめ、それに請求書及び送付書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (ウ) 「確認検査」欄は、確認検査を実施した場合のみ記入し、(イ)のとりまとめに当たっては、「確認検査あり」と「確認検査なし」に分けて編冊してください。
- (エ) 請求書は、依頼票の種類（A・B）ごとに「確認検査なし（初回検査のみ）」「確認検査あり」に分かれていますので、それぞれの件数を記入ください。
- (オ) 検査結果は、保護者の持っている「母子健康手帳（「検査の記録」の新生児聴覚検査の欄）」にも必ず記載してください。（〈記入例〉右パス、左要再検）

産後2週間ごろ、産後1か月ごろを目安に使用してください。

⑤赤い太線内は本人が記入してください。裏面にも記入欄があります。

+

+

医療機関
コード

保険者コード 330092

高 梁 市

フリガナ

産婦氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住 所

電話番号 () -

受診日 年 月 日

出産日 年 月 日(第 子)

産婦健康診査依頼票

今回の健診(依頼)内容

健康状態・育児環境の把握/体重・血圧測定

尿検査(蛋白・糖)/エジンバラ産後うつ病質問票

上記産婦の健康診査(第1回目)を依頼します。

委託医療機関・委託助産所の長 様 高 梁 市 長



医療機関・助産所の方へ

- (ア) 健診費用は、県が定める単価5,000円(公費負担5,000円)で実施してください。
- (イ) 費用の請求については、本票の表面の所定事項をすべて記入の上、1か月分をとりまとめ、それに産婦健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (ウ) この依頼票による産婦健康診査は、本市町村内に住所を有する産婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村役場において産婦健康診査の実施の有無について確認するようお願いください。
- (エ) 総合判定については、エジンバラ産後うつ病質問票合計点数のみではなく、診察結果及び産婦の様子を含めて、総合的に判断をしてください。
- (オ) 本票上に医療機関コードを記入してください。

産婦健康診査受診結果票

健 診 日 年 月 日

健康診査の所見又は今後必要な処置

総合判定	1.異常なし
	2.経過観察 ()
	3.要精密検査 ()
	4.要治療 ()
産婦への 指導事項	1.栄養と体重管理 ()
	2.母乳指導 ()
	3.育児指導 ()
	4.その他 ()
市町村への 連絡事項	市町村からの支援の必要性 無 ・ 有
	→有の場合、市町村への連絡 未 ・ 済(連絡月日: 月 日)
	<連絡方法> 1. 妊娠中からの気になる母子支援連絡票 2. ハイリスク妊産婦連絡票(診療情報提供書) 3. その他 ()

依頼のあった左記産婦の健康診査の結果は上記のとおりでした。

委託医療機関・委託助産所の

所在地

名 称

担当医師・助産師名

産婦さんへ

- (ア) 本票は、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関または助産所窓口へ提出してください。
産後2週間、産後1か月など、出産後間もない時期に、最大で2回まで使用することができます。
- (イ) 本票による健診の費用は、公費で負担します(公費負担上限5,000円、最大2回まで)。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、産婦さんへの保健指導や支援に活用してまいります。
- (ウ) 本票は、本人以外は使用できません。また、委託医療機関・委託助産所でのみ使用できます。
- (エ) 他の市町村へ転出された方は、転出先の市町村へ産婦健康診査の実施の有無についてご確認ください。

この券の使用期限は産後8週間までです。

⑤ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

⑨本人が、赤い太線内を医療機関内のプライバシーに配慮された場所で記入してください。
プライバシーを守るため、健診後には医療機関が個人情報保護シールを貼付します。

点

※ EPDS 合計点数（医療機関で記入します。）

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

産後の気分についてお尋ねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。

今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった

- () いつもと同様にできた
() あまりできなかった
() 明らかにできなかった
() 全くできなかった

2) 物事を楽しみにして待った

- () いつもと同様にできた
() あまりできなかった
() 明らかにできなかった
() 全くできなかった

3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた

- () はい、たいていそうだった
() はい、時々そうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、全くなかった

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした

- () いいえ、そうではなかった
() ほとんどそうではなかった
() はい、時々あった
() はい、しょっちゅうあった

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた

- () はい、しょっちゅうあった
() はい、時々あった
() いいえ、めったになかった
() いいえ、全くなかった

6) することがたくさんあって大変だった

- () はい、たいてい対処できなかった
() はい、いつものようにはうまく対処できなかった
() いいえ、たいていうまく対処した
() いいえ、普段通りに対処した

7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった

- () はい、いつもそうだった
() はい、時々そうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、全くなかった

8) 悲しくなったり、惨めになったりした

- () はい、たいていそうだった
() はい、かなりしばしばそうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、全くそうではなかった

9) 不幸せな気分だったので、泣いていた

- () はい、たいていそうだった
() はい、かなりしばしばそうだった
() ほんの時々あった
() いいえ、全くそうではなかった

10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた

- () はい、かなりしばしばそうだった
() 時々そうだった
() めったになかった
() 全くなかった

(出典) Cox JL, et al: Perinatal Mental Health: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2 ed, RCPsych Publications, 2014.
(日本語版) 岡野 禎治, 他: 日本版エジンバラ産後うつ病調査票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 7 (4): 523-33, 1996.

困っていること、気になっていることがあれば記入してください。

産後2週間ごろ、産後1か月ごろを目安に使用してください。

⑤赤い太線内は本人が記入してください。裏面にも記入欄があります。

+

+

医療機関
コード

保険者コード 330092

高 梁 市

フリガナ

産婦氏名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住 所

電話番号 () -

受診日 年 月 日

出産日 年 月 日(第 子)

産婦健康診査依頼票

今回の健診(依頼)内容

健康状態・育児環境の把握/体重・血圧測定

尿検査(蛋白・糖)/エジンバラ産後うつ病質問票

上記産婦の健康診査(第2回目)を依頼します。

委託医療機関・委託助産所の長 様 高 梁 市 長



医療機関・助産所の方へ

- (ア) 健診費用は、県が定める単価5,000円(公費負担5,000円)で実施してください。
- (イ) 費用の請求については、本票の表面の所定事項をすべて記入の上、1か月分をとりまとめ、それに産婦健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (ウ) この依頼票による産婦健康診査は、本市町村内に住所を有する産婦に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村役場において産婦健康診査の実施の有無について確認するようお願いください。
- (エ) 総合判定については、エジンバラ産後うつ病質問票合計点数のみではなく、診察結果及び産婦の様子を含めて、総合的に判断をしてください。
- (オ) 本票上に医療機関コードを記入してください。

産婦健康診査受診結果票

健 診 日	年 月 日
健康診査の所見又は今後必要な処置	
総 合 判 定	1.異常なし ()
	2.経過観察 ()
	3.要精密検査 ()
	4.要治療 ()
産 婦 へ の 指 導 事 項	1.栄養と体重管理 ()
	2.母乳指導 ()
	3.育児指導 ()
	4.その他 ()
市 町 村 へ の 連 絡 事 項	市町村からの支援の必要性 無 ・ 有
	→有の場合、市町村への連絡 未 ・ 済(連絡月日: 月 日)
	<連絡方法> 1. 妊娠中からの気になる母子支援連絡票 2. ハイリスク妊産婦連絡票(診療情報提供書) 3. その他 ()

依頼のあった左記産婦の健康診査の結果は上記のとおりでした。

委託医療機関・委託助産所の

所在地

名 称

担当医師・助産師名

産婦さんへ

- (ア) 本票は、健診を受ける際、本人記入欄に記入して、母子健康手帳とともに医療機関または助産所窓口に提出してください。
産後2週間、産後1か月など、出産後間もない時期に、最大で2回まで使用することができます。
- (イ) 本票による健診の費用は、公費で負担します(公費負担上限5,000円、最大2回まで)。なお、公費負担額を超えた残額については、自己負担となります。健診結果については、市町村等に報告され、産婦さんへの保健指導や支援に活用してまいります。
- (ウ) 本票は、本人以外は使用できません。また、委託医療機関・委託助産所でのみ使用できます。
- (エ) 他の市町村へ転出された方は、転出先の市町村へ産婦健康診査の実施の有無についてご確認ください。

この券の使用期限は産後8週間までです。

⑤ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

⑨本人が、赤い太線内を医療機関内のプライバシーに配慮された場所で記入してください。
プライバシーを守るため、健診後には医療機関が個人情報保護シールを貼付します。

点

※ EPDS 合計点数（医療機関で記入します。）

エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

産後の気分についてお尋ねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。

今日だけではなく、過去 7 日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった

- () いつもと同様にできた
() あまりできなかった
() 明らかにできなかった
() 全くできなかった

2) 物事を楽しみにして待った

- () いつもと同様にできた
() あまりできなかった
() 明らかにできなかった
() 全くできなかった

3) 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた

- () はい、たいていそうだった
() はい、時々そうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、全くなかった

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした

- () いいえ、そうではなかった
() ほとんどそうではなかった
() はい、時々あった
() はい、しょっちゅうあった

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた

- () はい、しょっちゅうあった
() はい、時々あった
() いいえ、めったになかった
() いいえ、全くなかった

6) することがたくさんあって大変だった

- () はい、たいてい対処できなかった
() はい、いつものようにはうまく対処できなかった
() いいえ、たいていうまく対処した
() いいえ、普段通りに対処した

7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった

- () はい、いつもそうだった
() はい、時々そうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、全くなかった

8) 悲しくなったり、惨めになったりした

- () はい、たいていそうだった
() はい、かなりしばしばそうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、全くそうではなかった

9) 不幸せな気分だったので、泣いていた

- () はい、たいていそうだった
() はい、かなりしばしばそうだった
() ほんの時々あった
() いいえ、全くそうではなかった

10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんできた

- () はい、かなりしばしばそうだった
() 時々そうだった
() めったになかった
() 全くなかった

(出典) Cox JL, et al: Perinatal Mental Health: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2 ed, RCPsych Publications, 2014.
(日本語版) 岡野 禎治, 他: 日本版エジンバラ産後うつ病調査票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 7 (4): 523-33, 1996.

困っていること、気になっていることがあれば記入してください。

産婦健診第1回

このシールは健診を受ける医療
機関が使用しますので、産婦さ
んは、はがさないでください。

産婦健診第1回

このシールは健診を受ける医療
機関が使用しますので、産婦さ
んは、はがさないでください。

産婦健診第2回

このシールは健診を受ける医療
機関が使用しますので、産婦さ
んは、はがさないでください。

産婦健診第2回

このシールは健診を受ける医療
機関が使用しますので、産婦さ
んは、はがさないでください。

個人情報保護シール

※このシールは、産婦健診を受診する
医療機関へ持参してください。

+

+

医療機関
コード

保険者コード

330092

高 梁 市

フリガナ

乳児氏名

男・女

生年月日

年

月

日

住 所

電話番号

保護者氏名

受 診 日

年

月

日

児の
月齢

か月

乳 児 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

上記乳児の一般健康診査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



⑨赤い太線内は保護者が記入してください。

乳 児 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

年 月 日に実施した左記

乳児の健康診査の結果は、次のとおりでした。

- ・身体的発育異常 (有・無)
- ・栄養状態 (良・要指導)
- ・新生児聴覚検査の実施状況 (済・未)
- ・先天性代謝異常検査の実施状況 (済・未)
- ・ビタミンK₂投与の実施状況 (済・未)

- 1.異常なし
- 2.経過観察 ()
- 3.要精密検査 ()
- 4.要治療 ()
- 5.その他育児上の特記事項 ()

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

高 梁 市 長 殿

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

乳児の保護者の方へ

- (ア) 生後1年未満の乳児は、本票により無料で健診が受けられます。1歳児以降は、本票は使用できません。健診の時期は医学的にみて生後3～4か月（第1回）および9～10か月（第2回）の間が適当です。
- (イ) 健診を受けるときは、保護者記入欄に記入のうえ、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。また、医療機関での混雑や病気の感染を避けるために健診日時を前もって医療機関と打合せてください。
- (ウ) 乳児健診は、本票による健診以外に、無料で集団健診を実施している市町村もありますので、ご利用ください。また、健診医が必要と認めたときは、精密健診も無料で受けられます。その手続は市町村でお聞きます。
- (エ) 県外の医療機関で健診を受けたいとき、その他不明な点は市町村でお聞きます。
- また、本市町村外にお住いの方は、本票は使えません。他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換をお申出ください。
- (オ) 健診の結果、医療を要する場合があるかもしれないので、念のため健康保険証を持参してください。

医療機関の方へ

- (ア) 本健診の費用は、対象者に請求しないで、(イ)の方法により請求してください。
- (イ) 費用の請求については、結果票の所定事項に記入のうえ依頼票と結果票を切り離さないで1か月分をとりまとめ、それに乳児一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (ウ) 精密検査を要するものについては、保険診療又は公費による乳児精密健康診査のいずれによっても差支えありませんが、後者については、保護者が、乳児居住地の市町村母子保健担当係へ行って無料健診の手続をするよう指導してください。
- なお、その際は精密健診を必要とする理由を保護者へ伝えてください。
- (エ) 本票による健康診査は、本市町村内に住所を有する乳児に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

+

+

医療機関
コード

⑨赤い太線内は保護者が記入してください。

◎生後満1年までの乳児は、2回は無料で健診が受けられます。

(注) 受診手続等については、裏面をご覧ください。

保険者コード 330092

高 梁 市

フリガナ				
乳児氏名	男・女			
生年月日	年	月	日	
住 所				
電話番号				
保護者氏名				
受 診 日	年	月	日	児の 月 齢 か月

乳 児 一 般 健 康 診 査 依 頼 票

上記乳児の一般健康診査を依頼します。

委託医療機関の長 様

高 梁 市 長



乳 児 一 般 健 康 診 査 受 診 結 果 票

年 月 日に実施した左記乳児の健康診査の結果は、次のとおりでした。

- 1.異常なし
- 2.経過観察
()
- 3.要精密検査
()
- 4.要治療
()

委託医療機関の

所在地

名 称

担当医師名

高 梁 市 長 殿

⑨ 医療機関へのお願い……
左上に医療機関コードを記入してください。

乳児の保護者の方へ

- (ア) 生後1年未満の乳児は、本票により無料で健診が受けられます。1歳児以降は、本票は使用できません。健診の時期は医学的にみて生後3～4か月（第1回）および9～10か月（第2回）の間が適当です。
- (イ) 健診を受けるときは、保護者記入欄に記入のうえ、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。また、医療機関での混雑や病気の感染を避けるために健診日時を前もって医療機関と打合せてください。
- (ウ) 乳児健診は、本票による健診以外に、無料で集団健診を実施している市町村もありますので、ご利用ください。また、健診医が必要と認めたときは、精密健診も無料で受けられます。その手続は市町村でお聞きます。
- (エ) 県外の医療機関で健診を受けたいとき、その他不明な点は市町村でお聞きます。
- また、本市町村外にお住いの方は、本票は使えません。他の市町村へ住所を移された方は、移転先の市町村へ本票の交換をお申出ください。
- (オ) 健診の結果、医療を要する場合があるかもしれないので、念のため健康保険証を持参してください。

医療機関の方へ

- (ア) 本健診の費用は、対象者に請求しないで、(イ)の方法により請求してください。
- (イ) 費用の請求については、結果票の所定事項に記入のうえ依頼票と結果票を切り離さないで1か月分をとりまとめ、それに乳児一般健康診査費請求書を添付して翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
- (ウ) 精密検査を要するものについては、保険診療又は公費による乳児精密健康診査のいずれによっても差支えありませんが、後者については、保護者が、乳児居住地の市町村母子保健担当係へ行って無料健診の手続をするよう指導してください。
- なお、その際は精密健診を必要とする理由を保護者へ伝えてください。
- (エ) 本票による健康診査は、本市町村内に住所を有する乳児に限りますので、住所を移された方には、移転先の市町村において本票の交換を行うようお伝えください。

A

妊婦相談票

年 月 日

フリガナ 妊婦氏名		妊婦 生年月日	昭和・平成 年 月 日
現住所	TEL		
世帯主氏名			
妊娠満 週	出産予定 月 日	妊娠回数	回目
訪問について	1. 希望する 2. 希望しない		
困っていること、相談したいことがあったら記入してください。			

はがきの作成について

- ①左のミシン目に沿って切り取ってください。
- ②必要事項を記入してください。
- ③のりしろの部分にのりをはみ出さないように塗ってください。
- ④中央で折って切手を貼って、投函してください。

郵便はがき

切手をはって
ください



岡山県

市
郡

町
村

行

差出人住所

氏 名

※市町村の住所、名称は、このガイドの7～8ページを
参考にしてください。

新生児等相談票

はがきの作成について

- ①左のミシン目に沿って切り取ってください。
- ②必要事項を記入してください。
- ③のりしろの部分にのりをはみ出さないように塗ってください。
- ④中央で折って切手を貼って、投函してください。

※赤ちゃんの保健指導に必要な場合は、この内容について所管の保健所に知らせる場合がありますので、どうぞご了承ください。

郵便はがき

切手をはって
ください



岡山県

市
郡

町
村

行

差出人住所

氏 名

※市町村の住所、名称は、このガイドの7～8ページを
参考にしてください。