

東京都板橋区精密健康診査事務取扱要領

(平成16年3月29日板橋区保健所長決裁)

1 目的

この取扱要領は、妊婦健康診査実施要綱（昭和50年4月1日区長決裁）、東京都板橋区乳幼児健康診査実施要綱（平成16年3月19日区長決定）及び板橋区新生児聴覚検査実施要綱（平成31年3月15日区長決定、以下「要綱」という。）に基づき、板橋区（以下「区」という。）が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、3歳児健康診査及び新生児聴覚検査の結果、診断の確定のために必要な精密健康診査の事務取扱に関して細目事項を定め、この事業を適正かつ円滑に行うことを目的とする。

2 対象者

精密健康診査を受診できる者は、健康診査において、診断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、下表に該当する区内在住者とする。

種 別	健康診査	年 齢
妊 婦	契約医療機関での健康診査	不問
乳 児	・ 区において実施する集団健康診査又は契約医療機関での健康診査 ・ 契約医療機関で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	契約医療機関で実施する1歳6か月児健康診査	満2歳未満
3歳児	区において実施する3歳児健康診査	満4歳未満

3 実施機関

精密健康診査を実施する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) 公益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、本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。）

4 委託契約の締結

区長は、東京都医師会長及び各専門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。

5 精密健康診査の範囲

精密健康診査の範囲は、診断確定に必要な検査等で、「診療報酬の算定方法（平成20年厚生省告示第59号）」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。

6 受診票の交付及び再交付

- (1) 精密健康診査を受診しようとする者又はその保護者は、精密健康診査受診票交付・再交付申請書（別記第1号様式。以下「申請書」という。）により、保健所長に申請するものとする。
- (2) 保健所長は、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（別記第2号様式 妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児用、第3号様式 3歳児視力用、第4号様式 3歳

児聴覚用、第5号様式 新生児聴覚用。以下「受診票」という。)を交付する。

- (3) 受診票は、甲乙丙の3枚複写とし、保健所長は、甲票及び乙票を交付する。

甲票・・・医療機関等依頼兼医療機関等控用

乙票・・・結果通知書

丙票・・・区発行控用

- (4) 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、妊婦精密健康診査を除き、各診療科ごとに受診票を交付する。

- (5) 契約医療機関で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診断された場合、保健所長は、医療機関の依頼により受診票を交付する。

- (6) 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、保健所長は、都の依頼により受診票を交付する。

- (7) 受診票の交付を受けた者（以下「被交付者」という。）は、受診票を紛失又はき損した場合、申請書により、保健所長に再交付を申請できるものとする。

7 受診票の有効期間及び交付回数

受診票の有効期間及び交付回数は、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		

8 受診票の提示

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、医療保険の電子資格確認等により、被保険者であることの確認を受け、受診票を提出するものとする。

9 精密健康診査の実施及び結果の通知

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、速やかに受診票を保健所長に提出する。

10 精密健康診査の公費負担額

区が負担する精密健康診査の額は、「診療報酬の算定方法」の例により算定した額から、健康保険法等の保険者が負担すべき額を控除した額とする。

11 精密健康診査費の請求

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

「療養の給付及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）による診療報酬請求書及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及び診療報酬明細書を社会保険診療報酬支払基金東京支部（以下「基金」という）に提出する。

12 精密健康診査費の審査及び支払

区長は、精密健康診査費等の審査支払に関する事務を次のとおり連合会及び基金に委託して行うものとする。

(1) 精密健康診査費

区長は、前条による請求書を受領し、その過誤を調査し適当と認めたときは、連合会及び基金を通じて、専門医療機関にその旨を通知し、支払うものとする。

なお、支払い後、過誤額が確認された場合、連合会及び基金を通じて、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。

13 事後措置

保健所長は、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。

14 広報活動

保健所長は、各種広報手段を活用するとともに、医師会及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

この要領は、平成16年4月1日から施行する。

付則

この要領の一部改正は、平成17年4月1日から適用する。

付則

この要領の一部改正は、平成18年4月1日から適用する。

付則

この要領の一部改正は、平成21年4月1日から適用する。

付則

この要領の一部改正は、平成23年10月1日から適用する。

付則

この要領の一部改正は、平成26年4月1日から適用する。

付則

- 1 この要領の一部改正は、平成31年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、この要領の施行の日以後においては、この要領の規定により交付された受診票とみなす。

付則

この要領の一部改正は、令和3年4月1日から適用する。

付則

- 1 この要領の一部改正は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、この要領の施行の日以後においては、この要領の規定により交付された受診票とみなす。

付則

- 1 この要領の一部改正は、保健所長決定の日から施行し、令和6年12月2日から適用する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、この要領の施行の日以後においては、この要領の規定により交付された受診票とみなす。

年 月 日

精密健康診査受診票 交付・再交付申請書

保健所長 殿

申請者居住地

氏 名

下記により、精密健康診査受診票の交付・再交付を受けたいので
申請いたします。

記

フリカナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日
居 住 地	電 話		
保護者氏名	※乳幼児の場合のみ記入してください。		
妊婦の場合	妊娠週数 週	出産予定日	年 月 日
申 請 理 由	1. 区市町村で実施した健康診査で受診を勧められたため 2. 医療機関で受診を勧められたため 3. 先天性代謝異常等検査で受診を勧められたため 4. 新生児聴覚検査で受診を勧められたため 5. 受診票を紛失又はき損したため 6. その他 ()		
受 診 者 区 分	1. 妊 婦 2. 乳 児 3. 1歳6か月児 4. 3歳児一般 5. 3歳児視力 6. 3歳児聴覚		

第2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）

（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									×		
フリガナ										男・女	年 月 日生
受診者氏名											
フリガナ											
保護者氏名											
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>

- 1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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。

第2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										
フリガナ										
保護者氏名										
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、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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2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											
フリガナ											
保護者氏名											
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、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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）

視

（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							×	男・女	年 月 日生
フリガナ										
受診者氏名										
フリガナ										
保護者氏名										
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：異常なし・異常あり（右眼 ・左眼 ）・測定不可									
	2) 屈折：未実施・実施済（異常なし・異常あり（添付のとおり）・測定不可）									
	3) 眼位：異常なし・異常あり（ ）									
	4) その他（ ）									
	よろしく願い申し上げます。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（斜視・屈折異常・他 ）・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、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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。

第3号様式

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 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										
保護者氏名										
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：異常なし・異常あり（右眼 ・左眼 ）・測定不可									
	2) 屈折：未実施・実施済（異常なし・異常あり（添付のとおり）・測定不可）									
	3) 眼位：異常なし・異常あり（ ）									
	4) その他（ ）									
よろしく願い申し上げます。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（斜視・屈折異常・他 ）・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、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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（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 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										
保護者氏名										
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：異常なし・異常あり（右眼 ・左眼 ）・測定不可									
	2) 屈折：未実施・実施済（異常なし・異常あり（添付のとおり）・測定不可）									
	3) 眼位：異常なし・異常あり（ ）									
	4) その他（ ）									
	よろしく願い申し上げます。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（斜視・屈折異常・他 ）・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、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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									男・女	年 月 日生
受診者氏名										
フリガナ										
保護者氏名										
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、よろしく願いいたします。									
	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）									
ツバノメリー	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>

1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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（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 1歳6か月児 乳児 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										
保護者氏名										
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、よろしく願いいたします。									
	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）									
チバノトリー	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、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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（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											
保護者氏名											
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、よろしく願いいたします。										
	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）										
チバノメリー	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>

1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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（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 ☐ 乳児 ☒ 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										
保護者氏名										
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・リファアー / 左耳 パス・リファアー)									
	(自動ABR) 結果 (右耳 パス・リファアー / 左耳 パス・リファアー)									
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										

<保護者の方へ>

1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）を紹介された医療機関にお渡しください。（交付されている場合）

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（新生児聴覚用）



（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	3							×		
フリガナ									男・女	年 月 日生
受診者氏名										
フリガナ										
保護者氏名										
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・リファアー / 左耳 パス ・リファアー)									
	(自動ABR) 結果 (右耳 パス・リファアー / 左耳 パス ・リファアー)									
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										

<保護者の方へ>

- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）を紹介された医療機関にお渡しください。（交付されている場合）
- 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（新生児聴覚用）



（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	3								×		
フリガナ										男・女	年 月 日生
受診者氏名											
フリガナ											
保護者氏名											
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・リファアー / 左耳 パス ・リファアー)										
	(自動ABR) 結果 (右耳 パス・リファアー / 左耳 パス ・リファアー)										
	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											

- <保護者の方へ>
- 精密健康診査を受けるときは、この受診票と保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）を紹介された医療機関にお渡しください。（交付されている場合）
 - 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。