

精密健康診査実施要綱 新旧対照表

(新)	(旧)																														
精密健康診査実施要綱 (標準要綱)	精密健康診査実施要綱 (標準要綱)																														
第1 (現行のとおり)	第1 (略)																														
第2 対象者 都内に居住し、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なう必要があると判断されたものとする。	第2 対象者 都内に居住し、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なう必要があると判断されたものとする。																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>種 別</th> <th>対象者</th> <th>交付対象年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>妊 婦</td> <td>医療機関での健康診査</td> <td>—————</td> </tr> <tr> <td>乳 児</td> <td>区市町村において実施する集団健康診査又は医療機関での健康診査 <u>区市町村において実施する新生児聴覚検査</u> 東京都において実施する先天性代謝異常等検査</td> <td>満1歳未満</td> </tr> <tr> <td>1歳6か月児</td> <td>区市町村において実施する1歳6か月児健康診査</td> <td>満2歳未満</td> </tr> <tr> <td>3 歳 児</td> <td>区市町村において実施する3歳児健康診査</td> <td>満4歳未満</td> </tr> </tbody> </table>	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	区市町村において実施する集団健康診査又は医療機関での健康診査 <u>区市町村において実施する新生児聴覚検査</u> 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	区市町村において実施する1歳6か月児健康診査	満2歳未満	3 歳 児	区市町村において実施する3歳児健康診査	満4歳未満	<table border="1"> <thead> <tr> <th>種 別</th> <th>対象者</th> <th>交付対象年齢</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>妊 婦</td> <td>医療機関での健康診査</td> <td>—————</td> </tr> <tr> <td>乳 児</td> <td>区市町村において実施する集団健康診査又は医療機関での健康診査 東京都において実施する先天性代謝異常等検査</td> <td>満1歳未満</td> </tr> <tr> <td>1歳6か月児</td> <td>区市町村において実施する1歳6か月児健康診査</td> <td>満2歳未満</td> </tr> <tr> <td>3 歳 児</td> <td>区市町村において実施する3歳児健康診査</td> <td>満4歳未満</td> </tr> </tbody> </table>	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	区市町村において実施する集団健康診査又は医療機関での健康診査 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	区市町村において実施する1歳6か月児健康診査	満2歳未満	3 歳 児	区市町村において実施する3歳児健康診査	満4歳未満
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	区市町村において実施する集団健康診査又は医療機関での健康診査 <u>区市町村において実施する新生児聴覚検査</u> 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	区市町村において実施する1歳6か月児健康診査	満2歳未満																													
3 歳 児	区市町村において実施する3歳児健康診査	満4歳未満																													
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	区市町村において実施する集団健康診査又は医療機関での健康診査 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	区市町村において実施する1歳6か月児健康診査	満2歳未満																													
3 歳 児	区市町村において実施する3歳児健康診査	満4歳未満																													
第3から第5まで (現行のとおり)	第3から第5まで (略)																														
第6 受診票交付及び再交付 1 (現行のとおり) 2 区市町村長は、前項の申請書を審査し、適当と認めるときは、精密健康診査受診票 (第1号様式 妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児用) を交付する。 また、3歳児の視力検診の場合は、精密健康診査受診票 (参考様式② 3歳児視力用) を、3歳児の聴覚検診の場合は、精密健康診査受診票 (参考様式③ 3歳児聴覚用) を交付する。 <u>また、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 (参考様式④ 新生児聴覚用) を交付する</u> (以下「受診票」という。)。	第6 受診票交付及び再交付 1 (略) 2 区市町村長は、前項の申請書を審査し、適当と認めるときは、精密健康診査受診票 (第1号様式 妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児用) を交付する。 また、3歳児の視力検診の場合は、精密健康診査受診票 (参考様式② 3歳児視力用) を、3歳児の聴覚検診の場合は、精密健康診査受診票 (参考様式③ 3歳児聴覚用) を交付する (以下「受診票」という。)。																														

精密健康診査実施要綱 新旧対照表

(新)	(旧)
<p>3から5まで (現行のとおり)</p> <p>6 <u>区市町村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、精密健康診査受診票交付・再交付申請書により、区市町村長に再交付を申請できるものとする。</u></p> <p>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、精密健康診査受診票交付・再交付申請書により、区市町村長に再交付を申請できるものとする。</p>	<p>3から5まで (略)</p> <p>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、精密健康診査受診票交付・再交付申請書により、区市町村長に再交付を申請できるものとする。</p>
<p>第7から第14まで (現行のとおり)</p>	<p>第7から第14まで (略)</p>
<p>別表1及び別表2 (現行のとおり)</p>	<p>別表1及び別表2 (略)</p>

(新)	(旧)																																																
<p style="text-align: center;">参考様式①</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 90%;"> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 交付・再交付申請書</b></p> <p style="text-align: center;">長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者居住地 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">フリカナ 受診者氏名</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:10%;">生年月日</td> <td style="width:40%;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>居 住 地</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">電話</td> </tr> <tr> <td>保護者氏名</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">※乳幼児の場合のみ記入してください。</td> </tr> <tr> <td>妊婦の場合</td> <td style="text-align: center;">妊娠週数 週</td> <td style="text-align: center;">出産予定日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>申 請 理 由</td> <td colspan="3">                     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. <u>新生児聴覚検査で受診を勧められたため</u>                      5. 受診票を紛失又はき損したため                      6. その他 ( )                 </td> </tr> <tr> <td>受 診 者 区 分</td> <td style="text-align: center;">1. 妊 婦</td> <td style="text-align: center;">2. 乳 児</td> <td style="text-align: center;">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</td> </tr> </table> </div>	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. <u>新生児聴覚検査で受診を勧められたため</u> 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	<p style="text-align: center;">参考様式①</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 90%;"> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 交付・再交付申請書</b></p> <p style="text-align: center;">長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者居住地 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">フリカナ 受診者氏名</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:10%;">生年月日</td> <td style="width:40%;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>居 住 地</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">電話</td> </tr> <tr> <td>保護者氏名</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">※乳幼児の場合のみ記入してください。</td> </tr> <tr> <td>妊婦の場合</td> <td style="text-align: center;">妊娠週数 週</td> <td style="text-align: center;">出産予定日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>申 請 理 由</td> <td colspan="3">                     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. 受診票を紛失又はき損したため                      5. その他 ( )                 </td> </tr> <tr> <td>受 診 者 区 分</td> <td style="text-align: center;">1. 妊 婦</td> <td style="text-align: center;">2. 乳 児</td> <td style="text-align: center;">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</td> </tr> </table> </div>	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. 受診票を紛失又はき損したため 5. 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
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. <u>新生児聴覚検査で受診を勧められたため</u> 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																																														
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. 受診票を紛失又はき損したため 5. 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																																														

精密健康診査実施要綱 新旧対照表

(新)	(旧)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
<p>第1号様式から参考様式②まで (現行のとおり)</p> <p>参考様式③ (甲)</p> <p style="font-size: small;">参考様式③</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 (3歳児聴覚用)</b></p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">聴</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(甲・医療機関依頼用)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">負担者番号</td> <td style="width:5%;">8</td> <td style="width:5%;">7</td> <td style="width:5%;">1</td> <td style="width:5%;">3</td> <td style="width:5%;">6</td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">種別</td> <td style="width:50%;">該当するものに○をすること 妊婦 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td>種別</td> <td>妊婦 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="10"></td> <td>男・女</td> <td>平成 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>受診者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の記号</td> <td>番号</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保護者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保険者名称</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="12">東京都</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="12" style="text-align: center;">電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>初診有効期間</td> <td colspan="12">平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">依頼要旨</td> <td colspan="12">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="12">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: )</td> </tr> <tr> <td colspan="12">こよばの遅れの疑い (あり・なし・不明)</td> </tr> <tr> <td colspan="13">上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: center;">殿</td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: center;">医師</td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: center;">所見又は今後の処置</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td colspan="12">無・有 (右 dB ・ 左 dB)</td> </tr> <tr> <td>鼓膜所見</td> <td colspan="12">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>ツバノトリー</td> <td colspan="12">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>指示</td> <td colspan="12">特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="13">精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: right;">医療機関名 担当医師名</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">④</p> <p style="font-size: x-small;">&lt;保護者の方へ&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。)</li> <li>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。</li> </ol> <p style="font-size: x-small;">特記欄 _____</p> <p style="font-size: x-small;">&lt;医療機関へのお願&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>この受診票は、診断の確定まで有効です。</li> </ol>	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 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/>	受給者番号	5										×	種別	妊婦 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ											男・女	平成 年 月 日生	受診者氏名											保険の記号	番号	フリガナ											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											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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで												依頼要旨	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。												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: )												こよばの遅れの疑い (あり・なし・不明)												上記の者の精密健康診査を依頼します。 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)												ツバノトリー	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。 平成 年 月 日													医療機関名 担当医師名													<p>第1号様式から参考様式②まで (略)</p> <p>参考様式③ (甲)</p> <p style="font-size: small;">参考様式③</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 (3歳児聴覚用)</b></p> <p style="text-align: right; font-size: 2em; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">聴</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">(甲・医療機関依頼用)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">負担者番号</td> <td style="width:5%;">8</td> <td style="width:5%;">7</td> <td style="width:5%;">1</td> <td style="width:5%;">3</td> <td style="width:5%;">6</td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">種別</td> <td style="width:50%;">該当するものに○をすること 妊婦 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td>種別</td> <td>妊婦 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="10"></td> <td>男・女</td> <td>平成 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>受診者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の記号</td> <td>番号</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保護者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保険者名称</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="12">東京都</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="12" style="text-align: center;">電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>初診有効期間</td> <td colspan="12">平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">依頼要旨</td> <td colspan="12">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="12">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: )</td> </tr> <tr> <td colspan="12">こよばの遅れの疑い (あり・なし・不明)</td> </tr> <tr> <td colspan="13">上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: center;">殿</td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: center;">医師</td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: center;">所見又は今後の処置</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td colspan="12">無・有 (右 dB ・ 左 dB)</td> </tr> <tr> <td>鼓膜所見</td> <td colspan="12">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>ツバノトリー</td> <td colspan="12">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>指示</td> <td colspan="12">特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="13">精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="13" style="text-align: right;">医療機関名 担当医師名</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">④</p> <p style="font-size: x-small;">&lt;保護者の方へ&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。)</li> <li>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。</li> </ol> <p style="font-size: x-small;">特記欄 _____</p> <p style="font-size: x-small;">&lt;医療機関へのお願&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>この受診票は、診断の確定まで有効です。</li> </ol>	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 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/>	受給者番号	5										×	種別	妊婦 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ											男・女	平成 年 月 日生	受診者氏名											保険の記号	番号	フリガナ											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											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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで												依頼要旨	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。												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: )												こよばの遅れの疑い (あり・なし・不明)												上記の者の精密健康診査を依頼します。 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)												ツバノトリー	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。 平成 年 月 日													医療機関名 担当医師名												
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 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
受給者番号	5										×	種別	妊婦 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
フリガナ											男・女	平成 年 月 日生																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
受診者氏名											保険の記号	番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
フリガナ											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											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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
依頼要旨	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。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	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: )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	こよばの遅れの疑い (あり・なし・不明)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
上記の者の精密健康診査を依頼します。 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)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ツバノトリー	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。 平成 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
医療機関名 担当医師名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
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 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
受給者番号	5										×	種別	妊婦 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
フリガナ											男・女	平成 年 月 日生																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
受診者氏名											保険の記号	番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
フリガナ											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											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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
依頼要旨	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。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	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: )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	こよばの遅れの疑い (あり・なし・不明)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
上記の者の精密健康診査を依頼します。 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)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ツバノトリー	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。 平成 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
医療機関名 担当医師名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

精密健康診査実施要綱 新旧対照表

(新)	(旧)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
<p>参考様式③ (乙) 参考様式③</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 (3歳児聴覚用)</b></p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">聴</div> <p style="text-align: right;">(乙・結果通知用)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">負担者番号</td> <td style="width:5%;">8</td> <td style="width:5%;">7</td> <td style="width:5%;">1</td> <td style="width:5%;">3</td> <td style="width:5%;">6</td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">種別</td> <td style="width:50%;">該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td>種別</td> <td>該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span></td> </tr> <tr> <td>フリガナ 受診者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>男・女</td> <td>平成 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>フリガナ 保護者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の 記号</td> <td>番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保険者番号 保険者名称</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の 種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="10">東京都</td> <td colspan="3">電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>初診有効期間</td> <td colspan="13">平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">依頼要旨</td> <td colspan="13">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: )</td> </tr> <tr> <td colspan="13">ことばの遅れの疑い ( <span style="color: red;">あり</span> ・ なし ・ 不明 )</td> </tr> <tr> <td colspan="14">上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">殿</td> </tr> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">医師</td> </tr> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">所見又は今後の処置</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="13"></td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td colspan="13">無・有 (右 dB・左 dB)</td> </tr> <tr> <td>鼓膜所見</td> <td colspan="13">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>チハノトリー</td> <td colspan="13">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>指示</td> <td colspan="13">特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="14">精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="12"></td> <td style="text-align: center;">医療機関名 担当医師名</td> <td style="text-align: right;">㊞</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">&lt;保護者の方へ&gt; 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 _____</p> <p style="font-size: small;">&lt;医療機関へのお願い&gt; 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。</p>	負担者番号	8	7	1	3	6							種別	該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span>	受給者番号	5											×	種別	該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span>	フリガナ 受診者氏名											男・女	平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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 ( <span style="color: red;">あり</span> ・ なし ・ 不明 )													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)													チハノトリー	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。 平成 年 月 日																										医療機関名 担当医師名	㊞	<p>参考様式③ (乙) 参考様式③</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 (3歳児聴覚用)</b></p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">聴</div> <p style="text-align: right;">(乙・結果通知用)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">負担者番号</td> <td style="width:5%;">8</td> <td style="width:5%;">7</td> <td style="width:5%;">1</td> <td style="width:5%;">3</td> <td style="width:5%;">6</td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">種別</td> <td style="width:50%;">該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td>種別</td> <td>該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span></td> </tr> <tr> <td>フリガナ 受診者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>男・女</td> <td>平成 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>フリガナ 保護者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の 記号</td> <td>番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保険者番号 保険者名称</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の 種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="10">東京都</td> <td colspan="3">電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>初診有効期間</td> <td colspan="13">平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">依頼要旨</td> <td colspan="13">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: )</td> </tr> <tr> <td colspan="13">ことばの遅れの疑い ( <span style="color: red;">あり</span> ・ なし ・ 不明 )</td> </tr> <tr> <td colspan="14">上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">殿</td> </tr> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">医師</td> </tr> <tr> <td colspan="14" style="text-align: center;">所見又は今後の処置</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="13"></td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td colspan="13">無・有 (右 dB・左 dB)</td> </tr> <tr> <td>鼓膜所見</td> <td colspan="13">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>チハノトリー</td> <td colspan="13">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>指示</td> <td colspan="13">特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="14">精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="12"></td> <td style="text-align: center;">医療機関名 担当医師名</td> <td style="text-align: right;">㊞</td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">&lt;保護者の方へ&gt; 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 _____</p> <p style="font-size: small;">&lt;医療機関へのお願い&gt; 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。</p>	負担者番号	8	7	1	3	6							種別	該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span>	受給者番号	5											×	種別	該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span>	フリガナ 受診者氏名											男・女	平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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 ( <span style="color: red;">あり</span> ・ なし ・ 不明 )													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)													チハノトリー	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。 平成 年 月 日																										医療機関名 担当医師名	㊞
負担者番号	8	7	1	3	6							種別	該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
受給者番号	5											×	種別	該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
フリガナ 受診者氏名											男・女	平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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 ( <span style="color: red;">あり</span> ・ なし ・ 不明 )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
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)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
チハノトリー	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。 平成 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
												医療機関名 担当医師名	㊞																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
負担者番号	8	7	1	3	6							種別	該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
受給者番号	5											×	種別	該当するものに○をすること 乳児 妊婦 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">3歳児</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
フリガナ 受診者氏名											男・女	平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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 ( <span style="color: red;">あり</span> ・ なし ・ 不明 )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
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)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
チハノトリー	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。 平成 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
												医療機関名 担当医師名	㊞																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

精密健康診査実施要綱 新旧対照表

(新)	(旧)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<p>参考様式③ (丙) 参考様式③</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 (3歳児聴覚用)</b></p> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">聴</span> </div> <p style="text-align: center;">(丙・発行控)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>負担者番号</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>種別</td> <td>該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">3歳児</span></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>受診者氏名</td> <td colspan="2">男・女</td> <td colspan="8">平成 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>保護者氏名</td> <td colspan="2">保険の記号</td> <td colspan="8">番号</td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td colspan="2">保険の種類</td> <td colspan="8">協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保険者名称</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="9">東京都</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="9" style="text-align: center;">電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>初診有効期間</td> <td colspan="10">平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">依頼要旨</td> <td colspan="10">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="10">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: )</td> </tr> <tr> <td colspan="10">ことばの遅れの疑い ( <u>あり</u> ・ なし ・ 不明 )</td> </tr> <tr> <td colspan="11">上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;">殿 医師</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;">所見又は今後の処置</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td colspan="2">無・有(右)</td> <td colspan="2">dB</td> <td colspan="2">左</td> <td colspan="2">dB</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>鼓膜所見</td> <td colspan="10">異常なし・あり(右・左)</td> </tr> <tr> <td>チバノトリ</td> <td colspan="10">異常なし・あり(右・左)</td> </tr> <tr> <td>指示</td> <td colspan="10">特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="11">精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: right;">医療機関名 担当医師名 <span style="float: right;">㊞</span></td> </tr> </table> <p>&lt;保護者の方へ&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。)</li> <li>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。</li> </ol> <p>特記欄 _____</p> <p>&lt;医療機関へのお願い&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>この受診票は、診断の確定まで有効です。</li> </ol>	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 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">3歳児</span>	受給者番号	5								×		フリガナ										受診者氏名	男・女		平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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 ( <u>あり</u> ・ なし ・ 不明 )										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)										チバノトリ	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。 平成 年 月 日											医療機関名 担当医師名 <span style="float: right;">㊞</span>											<p>参考様式③ (丙) 参考様式③</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 (3歳児聴覚用)</b></p> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">聴</span> </div> <p style="text-align: center;">(丙・発行控)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>負担者番号</td> <td>8</td> <td>7</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>種別</td> <td>該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">3歳児</span></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>受診者氏名</td> <td colspan="2">男・女</td> <td colspan="8">平成 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>保護者氏名</td> <td colspan="2">保険の記号</td> <td colspan="8">番号</td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td colspan="2">保険の種類</td> <td colspan="8">協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保険者名称</td> <td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="9">東京都</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="9" style="text-align: center;">電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>初診有効期間</td> <td colspan="10">平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">依頼要旨</td> <td colspan="10">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="10">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: )</td> </tr> <tr> <td colspan="10">ことばの遅れの疑い ( <u>あり</u> ・ なし ・ 不明 )</td> </tr> <tr> <td colspan="11">上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;">殿 医師</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;">所見又は今後の処置</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td colspan="2">無・有(右)</td> <td colspan="2">dB</td> <td colspan="2">左</td> <td colspan="2">dB</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>鼓膜所見</td> <td colspan="10">異常なし・あり(右・左)</td> </tr> <tr> <td>チバノトリ</td> <td colspan="10">異常なし・あり(右・左)</td> </tr> <tr> <td>指示</td> <td colspan="10">特になし・家庭にて経過観察・通院にて経過観察・要治療 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="11">精密健康診査の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: right;">医療機関名 担当医師名 <span style="float: right;">㊞</span></td> </tr> </table> <p>&lt;保護者の方へ&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。)</li> <li>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。</li> </ol> <p>特記欄 _____</p> <p>&lt;医療機関へのお願い&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>この受診票は、診断の確定まで有効です。</li> </ol>	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 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">3歳児</span>	受給者番号	5								×		フリガナ										受診者氏名	男・女		平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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 ( <u>あり</u> ・ なし ・ 不明 )										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)										チバノトリ	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。 平成 年 月 日											医療機関名 担当医師名 <span style="float: right;">㊞</span>										
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 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">3歳児</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
受給者番号	5								×																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
受診者氏名	男・女		平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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 ( <u>あり</u> ・ なし ・ 不明 )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
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)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
チバノトリ	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。 平成 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
医療機関名 担当医師名 <span style="float: right;">㊞</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
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 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">3歳児</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
受給者番号	5								×																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
受診者氏名	男・女		平成 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	平成 年 月 日 から 平成 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 ( <u>あり</u> ・ なし ・ 不明 )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
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)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
チバノトリ	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。 平成 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
医療機関名 担当医師名 <span style="float: right;">㊞</span>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

精密健康診査実施要綱 新旧対照表

(新)	(旧)																																																																																																																																																																																																																																																																	
<p>参考様式④ (甲)</p> <p>参考様式④</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 (新生児聴覚用)</b> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">新</span></p> <p style="text-align: right;">(甲・医療機関依頼用)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">負担者番号</td> <td style="width:5%;">8</td> <td style="width:5%;">7</td> <td style="width:5%;">1</td> <td style="width:5%;">3</td> <td style="width:5%;">6</td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">種別</td> <td style="width:50%;">該当するものに○をすること 妊婦 <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>受診者氏名</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>保護者氏名</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>保険者名称</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="10">東京都 電話 ( )</td> </tr> <tr> <td>初診有効期間</td> <td colspan="10">平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">依頼要旨</td> <td colspan="10">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="10">検査日 ( 年 月 日 ) 検査医療機関 ( )</td> </tr> <tr> <td>検査法</td> <td colspan="9">(OAE) 結果 (右耳 バス・リファーマ / 左耳 バス・リファーマ )</td> </tr> <tr> <td colspan="10">(自動ABR) 結果 (右耳 バス・リファーマ / 左耳 バス・リファーマ )</td> </tr> <tr> <td colspan="10">在胎週数 ( 週 ) 出生時体重 ( g )</td> </tr> <tr> <td colspan="10">上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">殿</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">医師</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">所見又は今後の処置</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="10"></td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td colspan="10">無・有 (右 dB・左 dB) ; 鼓膜所見 ; 異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>検査方法</td> <td colspan="10">ABR・ASSR・その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>指示</td> <td colspan="10">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 )</td> </tr> <tr> <td colspan="10">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 <span style="float: right;">㊞</span></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">&lt;保護者の方へ&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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ください。</li> <li>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。)</li> <li>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。</li> </ol> <p style="font-size: x-small;">特記欄 _____</p> <p style="font-size: x-small;">&lt;医療機関へお願い&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>3 この受診票は、診断の確定まで有効です。</li> </ol>	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 type="checkbox"/> 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/>	受給者番号	3									×		フリガナ											受診者氏名											フリガナ											保護者氏名											保険者番号											保険者名称											居住地	東京都 電話 ( )										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 バス・リファーマ / 左耳 バス・リファーマ )									(自動ABR) 結果 (右耳 バス・リファーマ / 左耳 バス・リファーマ )										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 <span style="float: right;">㊞</span>										
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 type="checkbox"/> 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																							
受給者番号	3									×																																																																																																																																																																																																																																																								
フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																		
受診者氏名																																																																																																																																																																																																																																																																		
フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																		
保護者氏名																																																																																																																																																																																																																																																																		
保険者番号																																																																																																																																																																																																																																																																		
保険者名称																																																																																																																																																																																																																																																																		
居住地	東京都 電話 ( )																																																																																																																																																																																																																																																																	
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 バス・リファーマ / 左耳 バス・リファーマ )																																																																																																																																																																																																																																																																
	(自動ABR) 結果 (右耳 バス・リファーマ / 左耳 バス・リファーマ )																																																																																																																																																																																																																																																																	
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 <span style="float: right;">㊞</span>																																																																																																																																																																																																																																																																		





精密健康診査実施要綱 新旧対照表

(新)	(旧)																																																																																																																																																																																																																																																																																		
<p>参考様式④ (丙)</p> <p style="margin-left: 20px;">参考様式④</p> <p style="text-align: center;"><b>精密健康診査受診票 (新生児聴覚用)</b></p> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">新</span> </div> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">(丙・発行控)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">負担者番号</td> <td style="width:5%;">8</td> <td style="width:5%;">7</td> <td style="width:5%;">1</td> <td style="width:5%;">3</td> <td style="width:5%;">6</td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;"></td> <td style="width:5%;">種別</td> <td style="width:40%;">該当するものに○をすること 妊婦 <input type="checkbox"/> 乳児 <input type="checkbox"/> 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>×</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ 受診者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>男・女</td> <td>平成 年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>フリガナ 保護者氏名</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の 記号</td> <td>番号</td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td colspan="10"></td> <td>保険の 種類</td> <td>協会(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6) 退職被保険者</td> </tr> <tr> <td>保険者名称</td> <td colspan="10"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="10">東京都</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>初診有効期間</td> <td colspan="10">平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">依頼要旨</td> <td colspan="12">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="12">検査日 ( 年 月 日 ) 検査医療機関 ( )</td> </tr> <tr> <td colspan="12">検査法 (OAE) 結果 (右耳 パス・リファア / 左耳 パス・リファア )</td> </tr> <tr> <td colspan="12">検査法 (自動ABR) 結果 (右耳 パス・リファア / 左耳 パス・リファア )</td> </tr> <tr> <td colspan="12">在胎週数 ( 週 ) 出生時体重 ( g )</td> </tr> <tr> <td colspan="12">上記の者の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">殿</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">医師</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">所見又は今後の処置</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td>難聴</td> <td colspan="5">無・有 (右 dB・左 dB)</td> <td colspan="2">鼓膜所見</td> <td colspan="5">異常なし・あり (右・左)</td> </tr> <tr> <td>検査方法</td> <td colspan="11">ABR・ASSR・その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>指示</td> <td colspan="11">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 )</td> </tr> <tr> <td colspan="12">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</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">             &lt;保護者の方へ&gt;              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 _____         </p> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">             &lt;医療機関へのお願&gt;              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。         </p>	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 type="checkbox"/> 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/>	受給者番号	3										×		フリガナ 受診者氏名											男・女	平成 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												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・リファア / 左耳 パス・リファア )												検査法 (自動ABR) 結果 (右耳 パス・リファア / 左耳 パス・リファア )												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												
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 type="checkbox"/> 1歳6か月児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																							
受給者番号	3										×																																																																																																																																																																																																																																																																								
フリガナ 受診者氏名											男・女	平成 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																																																																																																																																																																																																																																																																																		
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・リファア / 左耳 パス・リファア )																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	検査法 (自動ABR) 結果 (右耳 パス・リファア / 左耳 パス・リファア )																																																																																																																																																																																																																																																																																		
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																																																																																																																																																																																																																																																																																			