

保健指導実施要綱 新旧対照表

| (新) | (旧) |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">保健指導実施要綱 (標準要綱)</p> <p>第1から第4まで (現行のとおり)</p> <p>第5 保健指導の内容 1 及び2 (現行のとおり) <u>3 新生児聴覚検査</u></p> <p>第6 保健指導票の有効期間及び交付回数 1 保健指導票の有効期間 (1) 及び (2) (現行のとおり) <u>(3) 新生児聴覚検査については、交付の日から、対象児が生後 50 日に達する日までとする。</u> <u>(4) (1) から (3) のいずれの場合も1枚につき1回限りとする。</u></p> <p>第7から第10まで (現行のとおり)</p> <p>別表1 (現行のとおり)</p> | <p style="text-align: center;">保健指導実施要綱 (標準要綱)</p> <p>第1から第4まで (略)</p> <p>第5 保健指導の内容 1 及び2 (略)</p> <p>第6 保健指導票の有効期間及び交付回数 1 保健指導票の有効期間 (1) 及び (2) (現行のとおり) <u>(3) (1) 及び (2) のいずれの場合も1枚につき1回限りとする。</u></p> <p>第7から第10まで (略)</p> <p>別表1 (略)</p> |

保健指導実施要綱 新旧対照表

| (新) | | | | | (旧) | | | | |
|---|--|--------------------|------------|---|---|---|--------------------|------------|---|
| 第1号様式 (甲) | | | | | 第1号様式 (甲) | | | | |
| 保健指導票 甲 (医療機関依頼用) | | | | | 保健指導票 甲 (医療機関依頼用) | | | | |
| 点数表 | 1 医科 | 3 歯科 | 交付 第 号 | 交付回数 回 | フリガナ | 1 医科 | 3 歯科 | 交付 第 号 | 交付回数 回 |
| フリガナ | | | | | フリガナ | | | | |
| 本人氏名 | | | | | 本人氏名 | | | | |
| | 生年月日 昭和・平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | | | 生年月日 昭和・平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | |
| 区分 | 要綱別表1の事業・住所コードを記入すること | | 事業コード | 1 妊婦 (出産予定日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) | 1 妊婦 (出産予定日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) | 要綱別表1の事業・住所コードを記入すること | | 事業コード | 1 妊婦 (出産予定日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) |
| | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | 2 産婦 (出産日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) | | <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | 2 産婦 (出産日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日) |
| | 3 乳幼児 ※1、2、3のいずれかを○で囲んでください。 | | | | | 3 乳幼児 ※1、2、3のいずれかを○で囲んでください。 | | | |
| 居住地 | 東京都 | | 電話 () | | 居住地 | 東京都 | | 電話 () | |
| フリガナ | | | | | フリガナ | | | | |
| 保護者氏名 | ※ 乳幼児の場合のみ記入すること | | | | 保護者氏名 | ※ 乳幼児の場合のみ記入すること | | | |
| 有効期間 | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで | | | | 有効期間 | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで | | | |
| 上記の者の保健指導を依頼します。 発行年月日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | | | 上記の者の保健指導を依頼します。 発行年月日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | | |
| 殿 長 ㊟ | | | | | 殿 長 ㊟ | | | | |
| 保健指導内容 | 点数 | 指導内容概略 | | この票で無料で受けられる保健指導は、おおむね次のとおりです。 (1) 一般保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 血圧測定 ウ 梅毒血清反応検査 エ 尿検査 オ 事後指導 (2) 歯科保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 普通健診 ウ 精密健診 (歯科用レントゲン) エ 予防処置 (3) 新生児原虫検査 | 保健指導内容 | 点数 | 指導内容概略 | | この票で無料で受けられる保健指導は、おおむね次のとおりです。 (1) 一般保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 血圧測定 ウ 梅毒血清反応検査 エ 尿検査 オ 事後指導 (2) 歯科保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 普通健診 ウ 精密健診 (歯科用レントゲン) エ 予防処置 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 計 | A | B = A × 10 金額 円 | C 消費税 円 | D = B + C 請求額 円 | 計 | A | B = A × 10 金額 円 | C 消費税 円 | D = B + C 請求額 円 |
| 指導年月日 | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | | 指導年月日 | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | |
| 医療機関名 | | | | | 医療機関名 | | | | |
| 所在地 | 医療機関コード <input type="text"/> | | | | 所在地 | 医療機関コード <input type="text"/> | | | |
| 医師名 | ㊟ <input type="text"/> | | | | 医師名 | ㊟ <input type="text"/> | | | |
| (注意) 指導年月日において、新生児が出生から引き続き入院している場合は、右の口内に○をつけてください。 | | | | | (注意) 指導年月日において、新生児が出生から引き続き入院している場合は、右の口内に○をつけてください。 | | | | |
| 受診者の方へ | 1 保健指導を受けるときは、この指導票を指定された医師にお渡しください。また、同時に母子健康手帳を持参して、指導内容を記入してもらってください。 2 この指導票は、1回の保健指導に限り有効です。更に必要なときは、改めて本票の交付の申請手続きをしてください。 | | | | 受診者の方へ | 1 保健指導を受けるときは、この指導票を指定された医師にお渡しください。また、同時に母子健康手帳を持参して、指導内容を記入してもらってください。 2 この指導票は、1回の保健指導に限り有効です。更に必要なときは、改めて本票の交付の申請手続きをしてください。 | | | |
| 医療機関へお願い | 1 保健指導に係る費用は、この票の乙 (費用請求用) に保健指導総括票を添えて、翌月10日までに、東京都国民健康保険団体連合会に請求してください。 2 次の受診者に対する保健指導に係る費用には、消費税相当額を加えてお支払いします。 (1) 出産後2か月を経過した産婦 (2) 乳幼児 (ただし、出産後引き続き入院している新生児を除く。) 3 新生児原虫検査を受診した場合は、保健指導内容欄に使用機器を、指導内容概略欄に判定結果 (異常を認めない・要精密検査・その他) をご記入ください。 | | | | 医療機関へお願い | 1 保健指導に係る費用は、この票の乙 (費用請求用) に保健指導総括票を添えて、翌月10日までに、東京都国民健康保険団体連合会に請求してください。 2 次の受診者に対する保健指導に係る費用には、消費税相当額を加えてお支払いします。 (1) 出産後2か月を経過した産婦 (2) 乳幼児 (ただし、出産後引き続き入院している新生児を除く。) | | | |

保健指導実施要綱 新旧対照表

| (新) | | | | | (旧) | | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------|------------|--|---|-------------------------|--------|--------------------|--|------------|--------------------|
| 第1号様式 (乙) | | | | | 第1号様式 (乙) | | | | | | |
| 保健指導票 乙 (費用請求用) | | | | | 保健指導票 乙 (費用請求用) | | | | | | |
| 点数表 | 1 医科 3 歯科 | | 交付 第 号 | 交付回数 回 | 点数表 | 1 医科 3 歯科 | | 交付 第 号 | 交付回数 回 | | |
| フリガナ 本人氏名 | | | | 生年月日 昭和・平成 □年 □月 □日 | フリガナ 本人氏名 | | | | 生年月日 昭和・平成 □年 □月 □日 | | |
| 区分 | 要綱別表1の事業・住所コードを記入すること | | 事業コード | 1 妊 婦 (出産予定日 平成 年 月 日) 2 産 婦 (出産日 平成 □年 □月 □日) 3 乳幼児 ※1、2、3のいずれかを○で囲んでください。 | 区分 | 要綱別表1の事業・住所コードを記入すること | | 事業コード | 1 妊 婦 (出産予定日 平成 年 月 日) 2 産 婦 (出産日 平成 □年 □月 □日) 3 乳幼児 ※1、2、3のいずれかを○で囲んでください。 | | |
| 居住地 | 東京都 | | 電話 () | | 居住地 | 東京都 | | 電話 () | | | |
| フリガナ 保護者氏名 | | | | | フリガナ 保護者氏名 | | | | | | |
| 有効期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | | 有効期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | | | |
| 上記の者の保健指導を依頼します。 発行年月日 平成 年 月 日 | | | | | 上記の者の保健指導を依頼します。 発行年月日 平成 年 月 日 | | | | | | |
| 殿 長 ㊟ | | | | | 殿 長 ㊟ | | | | | | |
| 保健指導内容 | 点数 | 指導内容概略 | | この票で無料で受けられる保健指導は、おおむね次のとおりです。 (1) 一般保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 血圧測定 ウ 梅毒血清反応検査 エ 尿検査 オ 事後指導 (2) 歯科保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 普通健診 ウ 精密健診 (歯科用レントゲン) エ 予防処置 (3) 新生児健康検査 | 保健指導内容 | 点数 | 指導内容概略 | | この票で無料で受けられる保健指導は、おおむね次のとおりです。 (1) 一般保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 血圧測定 ウ 梅毒血清反応検査 エ 尿検査 オ 事後指導 (2) 歯科保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 普通健診 ウ 精密健診 (歯科用レントゲン) エ 予防処置 | | |
| 計 | A | B = A × 10 金額 円 | C 消費税 円 | | D = B + C 請求額 円 | 計 | A | B = A × 10 金額 円 | | C 消費税 円 | D = B + C 請求額 円 |
| 指導年月日 | 平成 □年 □月 □日 | | | | 指導年月日 | 平成 □年 □月 □日 | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | 医療機関名 | | | | | | |
| 所在地 | 医療機関コード | | | | 所在地 | 医療機関コード | | | | | |
| 医師名 | ㊟ | | | | 医師名 | ㊟ | | | | | |
| (注意) 指導年月日において、新生児が出生から引き続いて入院している場合は、右の口内に○をつけてください。 | | | | | (注意) 指導年月日において、新生児が出生から引き続いて入院している場合は、右の口内に○をつけてください。 | | | | | | |
| 受診者の方へ 1 保健指導を受けるときは、この指導票を指定された医師にお渡しください。また、同時に母子健康手帳を持参して、指導内容を記入してもらってください。 2 この指導票は、1回の保健指導に限り有効です。更に必要なときは、改めて本票の交付の申請手続きをしてください。 | | | | | 受診者の方へ 1 保健指導を受けるときは、この指導票を指定された医師にお渡しください。また、同時に母子健康手帳を持参して、指導内容を記入してもらってください。 2 この指導票は、1回の保健指導に限り有効です。更に必要なときは、改めて本票の交付の申請手続きをしてください。 | | | | | | |
| 医療機関へのお問い合わせ 1 保健指導に係る費用は、この票の乙 (費用請求用) に保健指導総括票を添えて、翌月10日までに、東京都国民健康保険団体に請求してください。 2 次の受診者に対する保健指導に係る費用には、消費税相当額を加えてお支払いします。 (1) 出産後2か月を経過した産婦 (2) 乳幼児 (ただし、出産後引き続いて入院している新生児を除く。) 3 新生児健康検査を受診した場合は、保健指導内容欄に使用機器を、指導内容概略欄に判定結果 (異常を認めない・要精密検査・その他) をご記入ください。 | | | | | 医療機関へのお問い合わせ 1 保健指導に係る費用は、この票の乙 (費用請求用) に保健指導総括票を添えて、翌月10日までに、東京都国民健康保険団体に請求してください。 2 次の受診者に対する保健指導に係る費用には、消費税相当額を加えてお支払いします。 (1) 出産後2か月を経過した産婦 (2) 乳幼児 (ただし、出産後引き続いて入院している新生児を除く。) 3 新生児健康検査を受診した場合は、保健指導内容欄に使用機器を、指導内容概略欄に判定結果 (異常を認めない・要精密検査・その他) をご記入ください。 | | | | | | |

保健指導実施要綱 新旧対照表

| (新) | | | | | (旧) | | | | | |
|---|---|----------------|---|--------|--|------------------------------|---|---|----------------|--|
| 第1号様式 (丙) | | | | | 第1号様式 (丙) | | | | | |
| 保健指導票 丙 (発行控用) | | | | | 保健指導票 丙 (発行控用) | | | | | |
| 点数表 | 1 医科 | 3 歯科 | | 交付 第 号 | 交付回数 | 回 | | | | |
| フリガナ | | | | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | |
| 本人氏名 | | | | | 昭和・平成 | | | | | |
| 区分 | 要綱別表1の事業・住所コードを記入すること | | | 事業コード | 1 妊婦 (出産予定日 平成 年 月 日) | | | | | |
| | 2 産婦 (出産日 平成 年 月 日) | | | | 2 産婦 (出産日 平成 年 月 日) | | | | | |
| 2 | | | 7 | | | 3 乳幼児 ※1、2、3のいずれかを○で囲んでください。 | | | | |
| 居住地 | 東京都 | | | | 電話 | () | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | | | | ※ 乳幼児の場合のみ記入すること | | | | | |
| 有効期間 | 平成 年 月 日 から | | | | 平成 年 月 日 まで | | | | | |
| 上記の者の保健指導を依頼します。 発行年月日 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 殿 長 ㊟ | | | | | | | | | | |
| 保健指導内容 | 点数 | 指導内容概略 | | | この票で無料で受けられる保健指導は、おおむね次のとおりです。 (1) 一般保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 血圧測定 ウ 梅毒血清反応検査 エ 尿検査 オ 事後指導 (2) 歯科保健指導 ア 診察 (初診・再診) イ 普通健診 ウ 精密健診 (歯科用レントゲン) エ 予防処置 (3) 新生児監査検査 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 計 | A | B=A×10 金額 円 | | | C | 消費税 円 | | | D=B+C 請求額 円 | |
| 指導年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | 医療機関コード | | | | | |
| 医師名 | ㊟ | | | | | | | | | |
| (注意) 指導年月日において、新生児が出生から引き続いて入院している場合は、右の口内に○をつけてください。 | | | | | | | | | | |
| 受診者の方へ | 1 保健指導を受けるときは、この指導票を指定された医師にお渡しください。また、同時に母子健康手帳を持参して、指導内容を記入してもらってください。 2 この指導票は、1回の保健指導に限り有効です。更に必要なときは、改めて本票の交付の申請手続きをしてください。 | | | | | | | | | |
| 医療機関へのお問い合わせ | 1 保健指導に係る費用は、この票の乙 (費用請求用) に保健指導総括票を添えて、翌月10日までに、東京都国民健康保険団体連合会に請求してください。 2 次の受診者に対する保健指導に係る費用には、消費税相当額を加えてお支払いします。 (1) 出産後2か月を経過した産婦 (2) 乳幼児 (ただし、出産後引き続いて入院している新生児を除く。) 3 新生児監査検査を受診した場合は、保健指導内容欄に使用機関を、指導内容概略欄に判定結果 (異常を認めない・要精密検査・その他) をご記入ください。 | | | | | | | | | |