

東京都の「妊婦超音波検査受診票」提出のお願い

2024 年 2 月 7 日
産婦人科外来

従来、当院では妊婦健診のたびに超音波検査（エコー）を行い、特に、次の時期には「超音波スクリーニング検査」として胎児・胎盤などを細かく観察しております。

- 妊娠 8-10 週ごろ
- 妊娠 18-22 週ごろ
- 妊娠 28-30 週ごろ
- 妊娠 34-36 週ごろ

「妊婦超音波検査受診票」は健診時の超音波検査にかかる費用に充当されます。つきましては、該当期間の健診時には、産婦人科外来窓口にて「妊婦健診受診票」と一緒に「妊婦超音波検査受診票」をご提出ください。

なお、妊婦健診であれば上記期間外においても「妊婦超音波検査受診票」をご利用いただけます。
ご不明な点がありましたら、産婦人科外来窓口または外来助産師にお尋ねください。

妊婦超音波検査受診票

妊婦超音波検査受診票(甲) 医療機関控		この欄は検査をした医師が記入してください。	
下記の者の超音波検査を依頼します。			
都内委託医療機関様			
妊婦の方へ ③この受診票は、主治医と相談の上、妊婦健康診査受診票(黄色)と一緒にご利用ください。 ③この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。 ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。 ③この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。 ③この受診票は、右の検査項目を実施した場合に、一定金額を上限として助成するものです。医療機関での指導内容や検査項目により自己負担額が発生しますので、ご了承ください。		この受診票は複写式です。強く書いてください。	
住所コード		妊 娠 週 数	
住 所 東京都		週 胎児数	
フリガナ氏名		単胎・()胎	
生年月日		総 合 判 定	
初産・経産の別		・異常を認めない	
出 産 予 定 日		・その他 ()	
初産・今までのお産(回)		区市町村への連絡事項	
出 産 予 定 日		1 訪問指導を要する	
予定日のあなたの年齢(歳)		2 当院にて {治療指導}	
		3 要精密	
		4 その他()	
		超音波検査の結果は上記のとおりです。	
		所 在 地	
		医療機関名	
		医 師 名	
		医療機関コード	

妊婦健診受診票

医療機関控		この欄は診察した医師が記入してください。		妊 娠 週 数	週
目以降の健康診査		1 異常を認めない		体重・血圧測定・尿検査	
委託医療機関で利用しませんので、発		2 妊娠高血圧症候群		保健指導	
ん。ただし、やむ		3 貧 血		(以下、週数等に応じ、各回1項目に限り検査できます。実施した項目に○をしてください。)	
得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお		4 糖 尿		クラミジア抗原	
申し出ください。		5 そ の 他		C型肝炎	
③この受診票は、右の検査項目を実施した場合に、一定金額を上限として助成するものです。医療機関での指導内容や検査項目により自己負担額が発生しますので、ご了承ください。		()		経胎超音波	
		区市町村への連絡事項		貧血・血糖	
		1 訪問指導を要する		B群溶連菌	
		2 当院にて {治療指導}		NST	
		3 要 精 密			
		4 そ の 他			
		()			
		妊婦健康診査(○回目)の結果は上記のとおりです。			
		太わくの中は、交付時に自分で記入してください。			
		所 在 地			
		医療機関名			
		医 師 名			
		医療機関コード			