

第1号様式

# 妊婦健康診査基本受診券 ①

01

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠前期(妊娠～23週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「前期－血液①」、「前期－血液②」、「前期－免疫検査」、「前期－HIV」、「前期－がん」、「前期－超音波①または②」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の2

## 妊婦健康診査基本受診券 ②

02

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠前期(妊娠～23週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「前期－血液①」、「前期－血液②」、「前期－免疫検査」、「前期－HIV」、「前期－がん」、「前期－超音波①または②」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の3

## 妊婦健康診査基本受診券 ③

03

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠前期(妊娠～23週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「前期－血液①」、「前期－血液②」、「前期－免疫検査」、「前期－HIV」、「前期－がん」、「前期－超音波①または②」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の4

# 妊婦健康診査基本受診券 ④

04

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠前期(妊娠～23週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「前期－血液①」、「前期－血液②」、「前期－免疫検査」、「前期－HIV」、「前期－がん」、「前期－超音波①または②」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の5

# 妊婦健康診査基本受診券 ⑤

05

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠中期(24～35週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「中期－血液③」、「中期～後期－B群」、「中期－超音波③」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の6

## 妊婦健康診査基本受診券 ⑥

06

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠中期(24～35週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「中期－血液③」、「中期～後期－B群」、「中期－超音波③」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の7

# 妊婦健康診査基本受診券 ⑦

07

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠中期(24～35週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「中期－血液③」、「中期～後期－B群」、「中期－超音波③」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の8

## 妊婦健康診査基本受診券 ⑧

08

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠中期(24～35週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「中期－血液③」、「中期～後期－B群」、「中期－超音波③」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---



第1号様式の9

## 妊婦健康診査基本受診券 ⑨

09

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠中期(24～35週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「中期－血液③」、「中期～後期－B群」、「中期－超音波③」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の10

# 妊婦健康診査基本受診券 ⑩

10

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠中期(24～35週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「中期－血液③」、「中期～後期－B群」、「中期－超音波③」、「前期－HTLV-1」、「クラミジア」と組み合わせて御使用いただけます。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の11

# 妊婦健康診査基本受診券 ⑪

11

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠後期(36～39週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「中期～後期－B群」、「後期－血液④」、「後期－超音波④」と組み合わせて御使用いただけます。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の12

## 妊婦健康診査基本受診券 ⑫

12

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠後期(36～39週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「中期～後期－B群」、「後期－血液④」、「後期－超音波④」と組み合わせて御使用いただけます。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 妊婦健康診査基本受診券 ⑬

13

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠後期(36～39週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「後期－血液④」、「後期－超音波④」と組み合わせて御使用いただけます。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 妊婦健康診査基本受診券 ⑭

14

— 京都市 —

- ・ この受診券は、妊娠後期(36～39週頃)を目安に使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診（問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、追加受診券の「後期－血液④」、「後期－超音波④」と組み合わせて御使用いただけます。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

15

前 期 ― 血 液 ①

― 京 都 市 ―

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ④』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

血液検査：貧血（末梢血液一般検査）、血糖

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

< 受診者記入 >

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

< 医療機関等記入 >

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の16

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

16

前 期 - 血 液 ②

— 京 都 市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ④』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

血液検査：血液型

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

<受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

<医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---



第1号様式の17

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

17

中 期 一 血 液 ③

— 京 都 市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ⑤ ～ ⑩』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

血液検査：貧血（末梢血液一般検査）、血糖

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

<受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

<医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

18

後 期 - 血 液 ④

— 京 都 市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ⑪ ～ ⑭』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

血液検査：貧血（末梢血液一般検査）

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

19

前 期 - 免 疫

— 京 都 市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ④』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**免疫検査：間接クームス、B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、  
風しんウイルス抗体価検査、梅毒検査（梅毒脂質抗原（定性）使用、TPHA（定性）検査）**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

## < 受診者記入 >

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## < 医療機関等記入 >

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の20

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

20

中 期 ～ 後 期 － B 群

— 京 都 市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ⑤ ～ ⑫』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**B群溶血性レンサ球菌検査**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

< 受診者記入 >

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

< 医療機関等記入 >

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の21

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

21

前 期 - H I V

— 京 都 市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ④』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

HIV抗体価検査

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

<受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

<医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

22

前 期 - がん

— 京都市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ④』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 子宮頸がん検査(細胞診)

- ※ 上記以外の検査などについては、医療機関への支払いが必要です。
- ※ 子宮頸がん検査については、この受診券により、検査結果が京都市に送付されます。今後のがん対策推進に活すため、検査件数と検査結果の件数について、統計情報として、京都府や国に報告することがあります。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

検査結果

異常なし ・ 要精密検査 ・ 他の疾患

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

25

前 期 ― 超 音 波 ①

― 京 都 市 ―

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ④』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 超音波検査

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

## 前期－超音波②

26

### — 京都市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ④』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

#### 超音波検査

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

#### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

#### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---



# 京都市妊婦健康診査追加受診券

27

中期－超音波③

— 京都市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ⑤ ～ ⑩』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 超音波検査

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

28

後 期 一 超 音 波 ④

— 京 都 市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ⑪ ～ ⑭』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 超音波検査

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

29

前 期 － HTLV－1

－ 京都市 －

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ⑩』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## HTLV－1抗体検査

※医師の判断で上記検査の実施が妊娠中期になる場合があります。

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関記入>

医療機関名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 京都市妊婦健康診査追加受診券

## クラミジア

31

### — 京都市 —

- ・ この受診券は、できるだけ『妊婦健康診査基本受診券 ① ～ ⑩』と併せて使用してください。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

#### 性器クラミジア検査

※医師の判断で上記検査が不要となる場合があります。

※公費負担は1回の検査のみです。

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

#### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

#### <医療機関記入>

医療機関名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 産婦健康診査受診券 ①

## — 京都市 —

32

- ・ 健診の際は、受診券裏面のチェックシートに御記入ください。
- ・ 健診の結果は、受診した医療機関等から京都市へ情報提供があり、お住まいの区の区役所・支所子どもはぐくみ室又は京北出張所から御連絡させていただくことがあります。また、区役所・支所子どもはぐくみ室又は京北出張所から受診した医療機関等に必要に応じて、情報提供することがあります。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、  
保健指導、こころの健康状態チェック**

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

## 産婦健康診査受診券 ②

### — 京都市 —

33

産婦健康診査が1回の場合は、使用しません。（2回実施が必要な場合のみ使用）

- ・ 健診の際は、受診券裏面のチェックシートにご記入ください。
- ・ 健診の結果は、受診した医療機関等から京都市へ情報提供があり、お住まいの区の区役所・支所子どもはぐくみ室又は京北出張所から御連絡させていただくことがあります。また、区役所・支所子どもはぐくみ室又は京北出張所から受診した医療機関等に必要に応じて、情報提供することがあります。
- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、  
保健指導、こころの健康状態チェック

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

#### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

#### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の31

# 妊婦健康診査基本受診券

多胎①

34

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 基本健診

( 問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導 )

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、妊婦健康診査追加受診券(ピンク色又はクリーム色)と組み合わせ

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の32

# 妊婦健康診査基本受診券

多胎②

35

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 基本健診

( 問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導 )

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、妊婦健康診査追加受診券(ピンク色又はクリーム色)と組み合わせ

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---



第1号様式の33

# 妊婦健康診査基本受診券

多胎③

36

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 基本健診

( 問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導 )

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、妊婦健康診査追加受診券(ピンク色又はクリーム色)と組み合わせ

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 妊婦健康診査基本受診券

多胎④

37

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 基本健診

( 問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導 )

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、妊婦健康診査追加受診券(ピンク色又はクリーム色)と組み合わせ

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 妊婦健康診査基本受診券

多胎⑤

38

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診**  
(問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導)

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、妊婦健康診査追加受診券(ピンク色又はクリーム色)と組み合わせ

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

# 妊婦健康診査基本受診券

多胎⑥

39

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

**基本健診**  
(問診・診察、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導)

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

※ 本券は、妊婦健康診査追加受診券(ピンク色又はクリーム色)と組み合わせ

## <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

## <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の37

# 妊婦健康診査追加受診券

多胎①

40

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

超音波検査

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

<受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

<医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の38

# 妊婦健康診査追加受診券

多胎②

41

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

## 超音波検査

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

### <受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

### <医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---

第1号様式の39

# 妊婦健康診査追加受診券

多胎③

42

— 京都市 —

- ・ この受診券で受けることのできる検査内容は、以下のとおりです。
- ・ 黒ボールペンで御記入ください。

超音波検査

※ 上記以外の検査などについては、医療機関等への支払いが必要です。

<受診者記入>

氏 名

母子健康手帳No.

--	--	--	--	--	--	--	--

<医療機関等記入>

医療機関等名称

医療機関コード

健診実施日  
(和暦)

		年			月			日
--	--	---	--	--	---	--	--	---