

とやまプレ妊活健診費助成事業
受診票兼健診費請求書

区 分		42		
市 町 村 記 入	市町村コード	1212	市町村名	舟橋村
	受診者番号			
	受診票有効期限	令和 年 月 日		

◎受診票の有効期限は交付後3か月。過ぎた場合は、再発行の手続きが必要です。

◎受診される方へ、必ずお読みください。(裏面に記入欄あり)

- ・医療機関窓口では、この受診票とあわせ、夫婦ともに医療保険証又は運転免許証を必ずご提示ください。
- ・受診票発行後、発行元以外の県内市町村や県外に転出された場合はこの受診票は使用できません。
万が一、転出後にこの受診票を使用して健診を受けた場合、全額自己負担となりますのでご注意ください。
- ・裏面の留意点をお読みいただき同意の署名をお願いします。また、アンケートにご回答のうえご受診ください。
- ・医師と相談の上、プレ妊活健診の検査項目に含まれない検査を受ける場合は、別途費用が発生します。

◎男性の方へ
血糖測定のため受診の10時間前から食事をしないようにお願いします。(飲み物は水・お茶にしてください)

【受診者情報】 市町村にて枠内を印字のうえ、受診票をお渡しください。

婚姻年月日		令和 年 月 日		
夫	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
	氏 名			
	住 所	〒	電話番号 (携帯TEL)	()
妻	フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)
	氏 名			
	住 所	〒	電話番号 (携帯TEL)	()

※夫と同じ場合は記載不要

【医療機関記入欄】

検査実施日	令和 年 月 日				
検査内容 ◎原則、全ての項目を 実施してください。	実施 チェック	夫		実施 チェック	妻
		基本検査			基本検査
		糖代謝			甲状腺機能
				性感染症	
				子宮頸がんリスク検査	
				経膈エコー	
検査費用		25,800円			
精子検査キット配布の有無		有 ・ 無			

令和 年 月 日	
(宛先) ○○市町村長	
金25,800円	
上記の金額を請求します。	
医療機関コード	施 設 の 名 称
	住 所
	管 理 者 氏 名

<医療機関へ> 委託医療機関はこの受診票を1ヵ月分まとめて富山県国保連合会に提出してください。

【本人記入欄】

留意点

※下記の留意点をよくお読みいただき、以下にご署名ください。

- ・原則、全ての健診項目を受けていただきますようお願いいたします。後日(再診)、ご夫婦で結果説明を受けてください。
- ・受診票発行後に他市町村や県外に転出された場合はこの受診票は使用できません。転出の事実が確認された場合は、全額自己負担となります。転出時には必ず受診票を返還してください。
- ・精子検査キットはご自身の検査のために使用し、転売は行わないでください。また、紛失した場合は再発行できません。
- ・県及び市町村において、今回の健診で得られたデータや健診後の受診者実態、事前事後アンケートを調査し、個人が特定されない形で分析・活用することとしております。

上記の留意点について、同意したうえで受診します。

令和 年 月 日

夫

妻

受診前WEBアンケートのご協力お願いいたします

今後の事業の参考とさせていただくため、アンケートを実施しております。
アンケートはご夫婦お一人ずつご回答ください。

受診前に
回答してね！



Webアンケート
簡単3ステップ

STEP1 スマホでQ を読み取る

STEP2
アンケートに答える
(所要時間約3分)

STEP3
 〈送信〉ボタンを
 押して終了！



受診前

アンケートを
実施しましたか？

□ 夫

妻

▶ 医師からの健康教育を受けた後にもアンケートのご協力をお願いします

【医療機関記入欄】

健診結果

説明日:令和 年 月 日

☐ 結果説明を実施しました☐ 健康教育を実施しました

※検査数値や該当する番号に○を付けてください。また、必要に応じ、本用紙をコピーし、ご本人にお渡しください。

	身長・体重	1 やせ	2 普通	3 肥満	身長 cm	体重 kg
夫	血圧	収縮期	1 異常なし(～129)	2 要経過観察(130～139)	3 異常あり(140～)	
		拡張期	1 異常なし(～84)	2 要経過観察(85～89)	3 異常あり(90～)	
	血糖	空腹時血糖	1 異常なし(～109)	2 異常あり(110～)		
	脂質	LDL-C	1 異常なし(～119)	2 要経過観察(120～139)	3 異常あり(140～)	
		HDL-C	1 異常なし(40～)	2 要経過観察(35～39)	3 異常あり(～34)	
		TG	1 異常なし(～149)	2 要経過観察(150～299)	3 異常あり(300～)	
	<配布希望者> 精子検査キット 実施の有無	有 ・ 無	※どちらかに○を付けてください。 ※未実施の場合は、実施の促しをお願いします。			
判定	1 異常なし ※今回行った検査の範囲内では異常はみられませんでした。 2 要経過観察 3 要治療・治療中 ()					

妻	身長・体重	1 やせ	2 普通	3 肥満	身長	cm	体重	kg
	血圧	収縮期	1 異常なし(～129)		2 要経過観察(130～139)		3 異常あり(140～)	
		拡張期	1 異常なし(～84)		2 要経過観察(85～89)		3 異常あり(90～)	
	甲状腺ホルモン	TSH	μ IU/mL			1 異常なし		2 異常あり
	子宮頸がん リスク検査	HPV	1 陰性	2 陽性	超音波検査	1 異常なし 2 要経過観察 3 異常あり ()		
	性感染症	クラミジア	1 陰性	2 陽性	梅毒	1 陰性	2 陽性	
	判定	1 異常なし ※今回行った検査の範囲内では異常はみられませんでした。 2 要経過観察 3 要治療・治療中 ()						