様式第22号(第22条関係)

**３歳児健康診査精密健康診査（視覚）受診票**

№（　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ３歳児氏名 |  | 　　年　　月　　日生 |
| 住　　　所 | 出雲市　　　　　　　町　　　　　番地 |
| 保護者氏名 |  |
| 精密健康診査依頼要旨 | 視力検査実施状況 | 合格不合格不能 | アンケート結果不適項目 | １．目つきが気になる　２．まぶしがる３．眼を細めて見る　　４．物に近づいて見る５．横目で見る　　　　６．その他（　　　　） |
| 診察所見 |  |
| 　上記３歳児の精密健康診査を依頼します。　　　　　　年　　月　　日　（委託医療機関の長）　　　　　　　　　　　　　　　　　様出雲市長　　　　　　　　　印　 |
| 今　後　の　処　置所　見　又　は | 1. 異常なし　　　　　　　　　　１．斜視　(1)内斜視　(2)外斜視　(3)その他

　　　　　　　病名又は内容　　　　２．弱視　(1)不同視弱視　(2)屈折性弱視　(3)その他1. 要再検査（　　　　　　　）　３．屈折異常

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(1)遠視　(2)近視　(3)雑性乱視　(4)その他1. 要治療　（　　　　　　　）　４．その他

　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　委託医療機関名　　　　　　　　　　　　　担当医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| **３歳児精密健康診査費請求書** |
| 検　査　内　容 | 点　数 | 保険負担割合 | 市町村国保コード

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ３　　　　　　　　　 | ２ | ０ | ０ | ３ | ６ |

　出雲市長様　　金　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　対象児氏名　　上記のとおり（　　　　　　　）についての精密健康診査に要した費用を請求します。　　委託医療機関名　　　　　住　所　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |
|  |  | ７　割８　割その他　　割 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 計 |  |