様式第３号（第３条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳児　交付番号　　 　１歳６か月児　　精密健康診査（判定相談）受診票３歳児 | | | | | |
| フ リ ガ ナ |  | | 年　　月　　日生 | 医療保険各法　 による　記号及び番号 |  |
| 乳幼児氏名 |  | |
| 保護者氏名 |  | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | |
| 受診期間 | 年　 月　 日 　から　　　年　 月　 日　 まで | | | | |
| 精密健康診査（判定相談）　依頼要旨 |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 上記のとおり、精密健康診査（判定相談）を依頼します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　委託医療機関の医師　様  　 　　　（児童相談所長）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　えびの市長　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |
| 検査（請求）内容 | 点数 | 所見又は今後の処置 | | | |
|  | 点 | （ １．異常なし　２．要経過観察　３．要治療 ）  受診日　　　　　年　　月　　日  委託医療機関名及び医師名  （児童相談所名及び判定員名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 計 |  |

|  |
| --- |
| （注意事項）  　　１　乳児、１歳６か月児、３歳児精密健康診査（判定相談）を受ける時は、この受診票及び母子  健康手帳を必ず定められた医療機関（児童相談所）に提出してください。１回に限り無料で受  診できます。（医療保険の適用者はこの票と一緒に保険証を提出してください。）  　　２　必ず受診期間内に受診してください。なお、受診期間を過ぎた場合、この受診票は無効となり  ますのでご注意ください。  　　３　この受診票は、本人以外は使用できません。 |