

5歳児健康診査二次検診記録票

Part 2 Medical Health Checkup for Children of 5 years – Examination Record Sheet

乳児氏名 Infant's Name		男女 M / F	年 月 日 生 Date of Birth (YYYY/MM/DD)	第 子 Childbirth number:
保護者氏名 Parent or Guardian		電話 Contact Number:		
住所 Address				
項目 Item	検査内容、結果等 Examination Content/Results			○印 Fee ¥
初診料 First time consultation fee	当院初回の場合のみ Exclusive to first time consultation at this hospital			1 3,570
再診療 Re-medical treatment				2 1,620
尿検査 Urine Test	尿蛋白 Uric protein - ± + ++ +++			3 260
	潜血 Occult blood - ± + ++ +++			
	尿検査判断料 Urine analysis examination rate			4 340
血液検査 Blood Test	採血料 Blood sampling fee rate			5 550
	血色素量 Hemoglobin content () g/dl			6
	赤血球数1mm ³ 中 Erythrocyte count per 1mm ³ () 0,000			7
	白血球数1mm ³ 中 Leukocyte count per 1mm ³ () 000			8
	ヘマトクリット値Hematocrit level ()%			9
	血液像 Hematological picture			10 250
	血液学的検査判断料(上記5項目のいずれか実施の場合) Hematology analysis examination rate (when any of the above 5 items are proceeded with)			11 1,250
指導料 Administration Cost	二次検診の結果説明とともに、経過観察や専門医療機関を紹介した場合			12 950
合計 Total	実施した項目の料金を合算する。 Sum of all relevant sections			
診断結果 Results of Checkup	1 異常を認めず 2 要経過観察 3 要精密検査 No issues found Observation Detailed examination required 4 要医療(病名又は疑い) Medical Treatment (Illness/suspicion:)			
検診年月日 Health Checkup Date	年 月 日 YYYY/MM/DD			
医療機関名 Medical Institution Details	所在地 Location: 名称 Name: 氏名 Doctor:			印

(注)○印欄は、実施した項目につきその番号を○で囲む。

Note: Please circle each section conducted

5歳児健康診査二次検診記録票

Part 2 Medical Health Checkup for Children of 5 years – Examination Record Sheet

乳児氏名 Infant's Name		男女 M / F	年 月 日 生 Date of Birth (YYYY/MM/DD)	第 子 Childbirth number:			
保護者氏名 Parent or Guardian				電話 Contact Number:			
住所 Address							
項目 Item	検査内容、結果等 Examination Content/Results			○印			
初診料 First time consultation fee	当院初回の場合のみ Exclusive to first time consultation at this hospital			1			
再診療 Re-medical treatment				2			
尿検査 Urine Test	尿蛋白 Uric protein	-	±	+	++	+++	3
	潜血 Occult blood	-	±	+	++	+++	
	尿検査判断料 Urine analysis examination rate						4
血液検査 Blood Test	採血料 Blood sampling fee rate						5
	血色素量 Hemoglobin content	() g/dl					6
	赤血球数1mm ³ 中 Erythrocyte count per 1mm ³	() 0,000					7
	白血球数1mm ³ 中 Leukocyte count per 1mm ³	() 000					8
	ヘマトクリット値Hematocrit level	() %					9
	血液像 Hematological picture						10
	血液学的検査判断料(上記5項目のいずれか実施の場合) Hematology analysis examination rate (when any of the above 5 items are proceeded with)						11
指導料 Administration Cost	二次検診の結果説明とともに、経過観察や専門医療機関を紹介した場合					12	
診断結果 Results of Checkup	1 異常を認めず 2 要経過観察 3 要精密検査 No issues found Observation Detailed examination required 4 要医療(病名又は疑い) Medical Treatment (Illness/suspicion:)						
検診年月日 Health Checkup Date	年 月 日 YYYY/MM/DD						
医療機関名 Medical Institution Details	所在地 Location: 名称 Name: 氏名 Doctor:					印	

(この2次検診記録票写は母子健康手帳の該当する箇所に貼付してください。)

Note: Please affix this part 2 Medical Examination form to the appropriate page of your Maternity Passbook