

板橋区妊婦健康診査実施要綱

(昭和50年4月1日区長決裁)

(目的)

第1条 この要綱は、母子保健法（昭和40年8月18日法律第141号）第13条の規定により妊婦健康診査を実施して、その健康管理に努め、もって妊産婦及び乳児の死亡率の低下を図るとともに、流・早産、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育遅延の防止等の母・児の障がい予防を期することを目的とする。

(対象)

第2条 妊婦健康診査の対象者は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 板橋区に妊娠届出（妊娠届出書（東京都板橋区母子保健法施行規則（昭和62年3月31日規則第27号）別記様式第5号）による。）をし、現在板橋区内に居住する妊婦
- (2) 他の区市町村で母子健康手帳（昭和41年5月5日厚生省告示第236号）の交付を受け、現在板橋区内に居住する妊婦で申出のあった者

(実施医療機関等)

第3条 この要綱に規定する実施医療機関等とは次の各号に掲げるものとする。

- (1) 公益社団法人東京都医師会（以下「東京都医師会」という。）に加入し、本事業に協力する医療機関（以下「医師会加入医療機関」という。）
 - (2) 東京都医師会非加入の医療機関で、原則として標ぼうする診療科目に産婦人科を掲げる医療機関（以下「医師会非加入医療機関」という。）
 - (3) 都内で分娩を取り扱う助産所。ただし、公益社団法人東京都助産師会（以下「東京都助産師会」という。）に所属している助産所に限る。
- 2 医療機関等から健康診査への協力又は協力辞退の申出は、次の各号のとおり手続するものとする。

(1) 医師会加入医療機関

健康診査協力承諾書（別記第1号様式の1）又は健康診査協力辞退届（別記第1号様式の2）を所属する地区医師会を経由して区長に提出するものとする。なお、区長は事前に地区医師会等の協力を得るものとする。

(2) 医師会非加入医療機関

健康診査協力届（別記第1号様式の3）又は健康診査契約解除届（別記第1号様式の4）を区長に提出するものとする。

(3) 都内で分娩を取り扱う助産所

健康診査に協力する場合は、東京都助産師会に妊婦健康診査業務委託契約の締結に係る権限を委任する。助産所から委託契約締結に係る権限の委任を受けた東京都助産師会は、区長から委託契約締結に係る権限の委任を受けた東京都と妊婦健康診査業務委託契約書を締結する。助産所が協力を辞退する場合は、当該委託契約の委任解除を東京都助産師会に申し出る。

(実施方法及び内容)

第4条 妊婦健康診査は、次の各号のとおり実施するものとする。

(1) 区長は、東京都医師会、医師会非加入医療機関並びに都内で分娩を取り扱う助産所で東京都助産師会に委託契約締結に係る権限を委任した助産所（以下「委任助産所」という。）と委託契約を締結し、妊婦健康診査を実施する。

なお、東京都助産師会との契約は、区長から委託契約締結に係る権限の委任を受けた東京都が行うものとする。

(2) 実施医療機関等は、妊婦から提出される「妊婦健康診査受診票」（別記第2号様式（1回目用。甲乙丙の3枚複写。甲は水色。）、別記第3号様式（2～14回目用。甲乙丙の3枚複写。甲は黄色。）、別記第4号様式（妊婦超音波検査受診票。甲乙丙の3枚複写。甲は白色。表紙に「妊婦超音波検査のごあんない」を記載する。）及び第5号様式（子宮頸がん検診受診票。甲乙丙の3枚複写。甲は桃色。表紙に「妊婦子宮頸がん検診のごあんない」を記載する。))（以下「受診票」という。）により健康診査及び検査を実施する。ただし、委任助産所においては、第3号様式のみ使用可能とする。

2 妊婦健康診査の内容は、次の各号のとおりとする。

(1) 一般健康診査

初回の検査項目	2回目以降の検査項目
問診、体重測定、 血圧測定、尿検査（糖、蛋白定性）	問診、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導
血液検査	その他選択項目（下記項目から1項目選択）

血液型（A B O、R h）、貧血、血糖、不規則抗体、H I V抗体	クラミジア抗原 経膈超音波
梅毒（梅毒血清反応検査）	HTLV-1抗体
B型肝炎（※HBs抗原検査）	血糖
C型肝炎	貧血
風疹（風疹抗体価検査）	B群溶連菌 NST（ノン・ストレス・テスト）

※実施医療機関は、HBs抗原検査の結果、陽性と判明した妊婦に対して、B型肝炎ウイルス母子感染の防止に必要な事項を説明するとともに、出生した乳児がHBs抗原・抗体検査、抗HBs人免疫グロブリン投与及びB型肝炎ワクチン投与を受けるよう指導するものとする。

※実施医療機関はHTLV-1抗体検査実施に際し、検査目的等を説明した上で実施すること。また、陽性と判明した妊婦に対しては、HTLV-1ウイルス母子感染の防止に必要な事項を説明し、出生した乳児への栄養方法について、妊婦の意思を尊重した上で指導するものとする。

※実施医療機関は、風疹抗体価検査の結果、風疹抗体が陰性もしくは低抗体価（HI価16倍以下もしくはEIA価8.0未満）と判明した妊婦に対して、妊娠中における風疹ウイルス感染の防止に必要な事項を説明するとともに、出産後早期に風疹の予防接種を受けることについて助言し、予防接種を受けた場合には接種後2か月間は妊娠をさけるよう指導するものとする。また、同居者に対しては、風疹抗体価検査及び予防接種を案内するものとする。なお、里帰り出産等で直接指導ができない場合には、里帰り先等の妊婦健康診査実施医療機関に指導を依頼するものとする。

（2）超音波検査

ア 検査方法

経腹法による断層撮影とする。

イ 検査内容

- （ア） 胎児数
- （イ） 胎位
- （ウ） 胎児の発育異常（羊水量の異常を含む。）
- （エ） 胎盤の付着部位の異常
- （オ） その他（妊娠・分娩に大きな影響のある異常）

(3) 子宮頸がん検診（子宮頸部細胞診検査）

3 委任助産所における健康診査の上限及び医療機関との連携

(1) 第4条第2項第1号に定める一般健康診査について、委任助産所は「2回目以降の検査項目」のうち、問診、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導及びその他妊婦健康診査として必要な検査を行うものとする。ただし、クラミジア抗原、経膈超音波、HTLV-1抗体、血糖、貧血、B群溶連菌検査（以下「クラミジア抗原等の検査」という。）については受診1回につき1つの検査を実施医療機関で実施するものであり、第3号様式を利用した委任助産所での受診は7回を上限の目安とする（ただし、NST（ノン・ストレス・テスト）を委任助産所で実施しない場合、6回を上限の目安とする。）。

(2) 委任助産所は、厚生労働省告示第二百二十六号「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」第2の2の表に記載する各検査項目の妊娠週数及び回数を目安を踏まえ、クラミジア抗原等の検査、第4条第2項第2号に定める超音波検査、及び第4条第2項第3号に定める子宮頸がん検診を必要な時期に医療機関で確実に実施できるよう、各妊婦が受診している実施医療機関（嘱託医療機関等）とより密な情報交換を行うとともに、実施医療機関において、これらの必要な検査等を受けよう、妊婦に対して促すものとする。促した結果、検査等を受けない妊婦がいた場合には、住所地の区市町村へ連絡を行うものとする。

実施医療機関は、実施した検査の結果について、妊婦本人への通知や委任助産所への郵送等により、委任助産所と妊婦の状況を共有するものとする。この検査結果の共有がない場合には、委任助産所は、実施医療機関へ確認するものとする。その他妊婦の基本情報・健診結果等については、共通診療ノートの活用などにより双方共有に努めるものとする。

また、委任助産所及び医療機関は、検査等において、精神面の不調の疑い等、気になる妊婦がいた場合には、必要に応じて双方の共有や住所地の区市町村へ連絡を行うものとする。

(妊婦健康診査受診票の交付及び返却)

第5条 第2条第1項第1号による妊婦には、板橋区において妊娠届出書を受理したとき、受診票を交付する。受診票には、別表1で定める事業・住所コードを記入して交付するものとする。

2 第2条第1項第2号による妊婦には、申出のあったときに、妊婦健康診査受診票交付申請書（別記第6号様式）を提出させ、既に使用している受診票の枚数等を確認の上、交付する。ただし、妊婦が東京都内の他の区市町村から転入し、既に受診票の交付を受けている場合は、受診票の使

用の有無にかかわらず、既に受けた受診票の枚数等を確認の上、板橋区の受診票交付枚数との差分を交付する。

- 3 受診票を紛失又はき損した妊婦には、妊婦健康診査受診票再交付申請書（別記第7号様式）を提出させ、受診票を交付する。
- 4 妊婦が他の道府県に転出する場合は、受診票を返却するものとする。なお、東京都内の他の区市町村への転出の場合は、継続して使用を認めるため、返却する必要はないものとする。
- 5 受診票の有効期間は、交付の日から出産の日までとする。

（受診票の取扱い）

第6条 実施医療機関等は、当該妊婦から提出された受診票により健康診査を行ったときは、受診票（甲乙丙の3枚複写）の所定欄に、健康診査の診察所見、区への連絡事項を記入するものとする。甲票は実施医療機関等の控えとして保存する。乙票は妊婦に交付して、診査結果欄を母子健康手帳に貼付するよう指導する。丙票については、健康診査委託料の請求原票・結果通知票（以下「請求原票」という。）として使用する。なお、実施医療機関は、受診票の所定欄に医療機関コードを記載するものとする。

第7条 削除

（実施医療機関等からの健康診査委託料等の請求）

第8条 第3条第1項第1号の医療機関は、当月分の請求原票に妊産婦・乳児健康診査総括票（別記第8号様式。以下「総括票」という。）を添えて、所属する地区医師会に提出する。請求原票及び総括票の提出を受けた地区医師会は、内容を審査の上、妊産婦・乳児健康診査請求原票送付書（別記第9号様式。以下「送付書」という。）を添えて、翌月10日までに、東京都国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に提出する。なお、医師会加入医療機関は総括票に、地区医師会は送付書に、別表2に定める医師会コードを記入するものとする。

- 2 第3条第1項第2号の医療機関は、当月分の請求原票をとりまとめ、総括票を添えて、翌月10日までに連合会に提出する。
- 3 第3条第1項第2号のうち、個別契約医療機関は、当月分の請求原票を添えて、翌月10日までに区に健康診査委託料を請求する。

- 4 第3条第1項第3号の助産所は、請求書（参考様式）に委託料の金額を記載の上、妊婦の提出した受診票（丙票）を添えて、健康診査を実施した日の翌月20日までに区に健康診査委託料を請求する。

（健康診査委託料等の審査及び支払）

第9条 医師会加入医療機関及び医師会非加入医療機関での実施分

- （1）区長は、健康診査委託料の審査・支払に関する事務及び地区医師会事務費の審査・集計帳票作成に関する事務を、連合会に委託して行う。
- （2）区長は、実施医療機関から請求を受けたときは、連合会を通じて、実施医療機関に委託料を支払うものとする。また、連合会から送付された集計帳簿を基に、地区医師会に事務費を支払うものとする。
- （3）区長は、委託料の支払に際し、連合会を通じて当該医療機関に通知する。また、事務費の支払に際し、地区医師会に通知する。
- （4）連合会は、妊婦健康診査受診票の住所コードを確認の上、区長に対し、健康診査委託料を請求することとし、請求原票を送付する。
- （5）区長は、個別契約医療機関から請求を受けたときは、当該医療機関に健康診査委託料を支払うものとする。

2 委任助産所での実施分

区長は、委任助産所から請求を受けたときは、内容を審査の上、委任助産所に委託料を支払うものとする。

（事後措置）

第10条 区長は、連合会又は委任助産所から請求原票を受理したときは、受診票を区で保管し、健康診査の実施結果に基づき、指導を要する妊婦については、適切な措置を講ずるものとする。

（報告）

第11条 事業実施の報告は、次に掲げる報告の中で行うものとする。

- （1）（削除）
- （2）母子保健事業報告

(3) 地域保健事業報告

(広報活動)

第12条 区長は、各種広報手段を活用するとともに、医師会及び実施医療機関等などの関係団体を通じて、区民に対して制度の趣旨の周知を図るものとする。

附 則

この要綱は、昭和50年4月1日から実施する。

附 則

この要綱の一部改正は、平成8年10月1日から施行する。

附 則

この要綱の一部改正は、平成9年7月15日から施行し、平成9年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要綱の一部改正は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行日前に交付された受診票は、要綱の施行の日以後においては、要綱の規定により交付された受診票とみなす。
- 3 実施医療機関のうち、保険診療を取り扱わない医療機関（以下「自由診療医療機関」という。）については、当分の間、次のとおりに取り扱うものとする。
 - (1) 区長は、自由診療医療機関から協力の申出があったときは、東京都医師会加入の有無にかかわらず、当該医療機関と委託契約を締結することができる。
 - (2) 自由診療医療機関は、第8条の規定にかかわらず、当月分の請求原票に妊婦・乳児健康診査委託料請求書（参考様式）を添えて、翌月10日までに、区長に委託料を請求するものとする。
 - (3) 区長は、前項の規定による請求を受けたときは、第9条の規定にかかわらず、内容を確認の上、当該医療機関に直接委託料を支払うものとする。

附 則

- 1 この要綱の一部改正は、平成21年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行日前に交付された受診票は、要綱の施行の日以後においては、要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱の一部改正（以下、「新要綱」という。）は、平成23年4月1日から施行する。
- 2 この新要綱の施行日前に交付された受診票は、新要綱の施行の日以後においては、新要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱の一部改正（以下、「新要綱」という。）は、平成27年4月1日から施行する。
- 2 この新要綱の施行日前に交付された受診票は、新要綱の施行の日以後においては、新要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱の一部改正（以下、「新要綱」という。）は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 この新要綱の施行日前に交付された受診票は、新要綱の施行の日以後においては、新要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱の一部改正（以下、「新要綱」という。）は、平成30年4月1日から施行する。
- 2 この新要綱の施行日前に交付された受診票は、新要綱の施行の日以後においては、新要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱の一部改正（以下、「新要綱」という。）は、令和5年3月23日から施行する。
- 2 新要綱の施行日前に交付された受診票は、新要綱の施行の日以後においては、新要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行日前に交付された受診票は、要綱の施行の日以後においては、要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱は、令和6年10月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行日前に交付された受診票は、要綱の施行の日以後においては、要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行日前に交付された受診票は、要綱の施行の日以後においては、要綱の規定により交付された受診票とみなす。

附 則

- 1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行日前に交付された受診票は、要綱の施行の日以後においては、要綱の規定により交付された受診票とみなす。

健康診査協力承諾書

東京都内の区市町村が実施する次の健康診査に、
協力をすることを承諾します。

年 月 日から

1. 健康診査等の種類（協力の申出があった項目を○で囲むこと）

- (1) 妊婦健康診査
- (2) 産婦健康診査
- (3) 1か月児健康診査
- (4) 乳児健康診査（6か月児・9か月児）
- (5) 新生児聴覚検査

委託料は、国民健康保険診療報酬振込口座に振り込んでください。

年 月 日

医療機関名

所在地 〒 -

電話番号

開設者氏名

印

地区医師会 会長

区市町村 長

}

殿

※ 該当する事業に○をつけてください

※ 3枚作成し、3枚とも押印のうえ、地区医師会に提出してください

健康診査協力辞退届

東京都内の区市町村が実施する次の健康診査に、年 月 日
をもって協力を辞退します。

1. 健康診査等の種類（協力の辞退があった項目を○で囲むこと）

- (1) 妊婦健康診査
- (2) 産婦健康診査
- (3) 1か月児健康診査
- (4) 乳児健康診査（6か月児・9か月児）
- (5) 新生児聴覚検査

年 月 日

医療機関名

所在地 〒 -

電話番号

開設者氏名

印

地区医師会 会長 }
区市町村 長 } 殿

※ 該当する事業に○をつけてください

※ 3枚作成し、3枚とも押印のうえ、地区医師会に提出してください

健 康 診 査 協 力 届

東京都内の区市町村が実施する次の健康診査について、 年 月 日から
協力いたします。

1 健康診査等の種類

- (1) 妊婦健康診査
- (2) 産婦健康診査
- (3) 1か月児健康診査
- (4) 乳児健康診査（6か月児・9か月児）
- (5) 保健指導
- (6) 精密健康診査（妊婦）
- (7) 精密健康診査（産婦）
- (8) 精密健康診査（乳児）
- (9) 精密健康診査（1歳6か月児）
- (10) 精密健康診査（3歳一般）
- (11) 精密健康診査（3歳児視力）
- (12) 精密健康診査（3歳児聴覚）
- (13) 新生児聴覚検査

2 医療機関の種別

- (1) 医師会非加入医療機関 （医療機関コードNO 有 ）
- (2) 自由診療 （医療機関コード 無 ）

年 月 日

医療機関名

所 在 〒 -

電 話 番 号

開設者氏名

印

区市町村長 様

※2枚作成し、2枚とも押印のうえ、区市町村長に提出してください。

※保健指導については、医師会加入医療機関についてもこの用紙で届出してください。

健康診査契約解除届

東京都内の区市町村が実施する次の健康診査について、 年 月 日から

契約解除いたします。

1 健康診査等の種類

- (1) 妊婦健康診査
- (2) 産婦健康診査
- (3) 1か月児健康診査
- (4) 乳児健康診査（6か月児・9か月児）
- (5) 保健指導
- (6) 精密健康診査（妊婦）
- (7) 精密健康診査（産婦）
- (8) 精密健康診査（乳児）
- (9) 精密健康診査（1歳6か月児）
- (10) 精密健康診査（3歳一般）
- (11) 精密健康診査（3歳児視力）
- (12) 精密健康診査（3歳児聴覚）
- (13) 新生児聴覚検査

2 医療機関の種別

- (1) 医師会非加入医療機関 (医療機関コード 有)
- (2) 自由診療 (医療機関コード 無)

年 月 日

医療機関名

所 在 〒 -

電 話 番 号

開設者氏名

印

区市町村長 様

※2枚作成し、2枚とも押印のうえ、区市町村長に提出してください

※保健指導については、医師会加入医療機関についてもこの用紙で届出してください。

第2号様式 (第4条関係)

<p>(1回目) 妊婦健康診査受診票(甲) 医療機関控</p> <p>下記の者の健康診査を依頼します。</p> <p>都内委託医療機関様</p> <p>妊婦の方へ</p> <p>◎この受診票は、主治医と相談の上、妊娠確定後の健康診査のときにご利用ください。</p> <p>◎この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。</p> <p>◎この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。</p> <p>◎この受診票は、右の検査項目については、公費負担の対象となります。その他の検査項目や産科診察料等で公費負担額を超えた場合に自己負担額が発生しますので、ご了承ください。</p> <p>住所コード <input type="text"/> (1回目) <small>太わくの中は、交付時に自分で記入してください。</small></p> <p>住所 <input type="text"/></p> <p>フリガナ氏名 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/></p> <p>生年月日 <input type="text"/> 昭和・平成・令和 年 月 日生 年齢 <input type="text"/> 歳</p> <p>初産・経産の別 <input type="text"/> 初産・今までのお産(<input type="text"/> 回)</p> <p>出産予定日 <input type="text"/> 令和 年 月 日</p>		<p>この欄は診察した医師が記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">診察所見</td> <td>1 異常を認めない</td> <td rowspan="2">検査項目</td> <td>妊娠週数</td> <td>週</td> </tr> <tr> <td>2 所見あり</td> <td>体重・血圧測定</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">区市町村への連絡事項</td> <td>1 訪問指導を要する</td> <td rowspan="4">治療指導</td> <td>尿検査</td> </tr> <tr> <td>2 当院にて</td> <td>血液型(ABO型・Rh(D)型)</td> </tr> <tr> <td>3 要精密</td> <td>貧血・血糖</td> </tr> <tr> <td>4 その他</td> <td>不規則抗体・HIV抗体</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td></td> <td>梅毒・B型肝炎 C型肝炎・風疹</td> </tr> </table> <p>この受診票は複写式です。強く書いてください。</p> <p>妊婦健康診査(1回目)の結果は上記のとおりです。</p> <p>令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 日</p> <p>所在地 <input type="text"/></p> <p>医療機関名 <input type="text"/></p> <p>医師名 <input type="text"/> 医療機関コード <input type="text"/></p>		診察所見	1 異常を認めない	検査項目	妊娠週数	週	2 所見あり	体重・血圧測定	区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する	治療指導	尿検査	2 当院にて	血液型(ABO型・Rh(D)型)	3 要精密	貧血・血糖	4 その他	不規則抗体・HIV抗体		()		梅毒・B型肝炎 C型肝炎・風疹
診察所見	1 異常を認めない	検査項目	妊娠週数		週																			
	2 所見あり		体重・血圧測定																					
区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する	治療指導	尿検査																					
	2 当院にて		血液型(ABO型・Rh(D)型)																					
	3 要精密		貧血・血糖																					
	4 その他		不規則抗体・HIV抗体																					
	()		梅毒・B型肝炎 C型肝炎・風疹																					

<p>(1回目) 妊婦健康診査受診票(乙) 母子健康手帳貼付</p> <p>妊婦の方へ</p> <p>◎あなたの健康診査結果は、右のとおりです。</p> <p>◎キリトリ線から切り離して、母子健康手帳の妊娠の経過欄に貼ってください。</p> <p>◎この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。</p> <p>◎この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。</p> <p>住所コード <input type="text"/> (1回目)</p> <p>住所 <input type="text"/></p> <p>フリガナ氏名 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/></p> <p>生年月日 <input type="text"/> 昭和・平成・令和 年 月 日生 年齢 <input type="text"/> 歳</p> <p>初産・経産の別 <input type="text"/> 初産・今までのお産(<input type="text"/> 回)</p> <p>出産予定日 <input type="text"/> 令和 年 月 日</p>		<p>この欄は診察した医師が記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">診察所見</td> <td>1 異常を認めない</td> <td rowspan="2">検査項目</td> <td>妊娠週数</td> <td>週</td> </tr> <tr> <td>2 所見あり</td> <td>体重・血圧測定</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">区市町村への連絡事項</td> <td>1 訪問指導を要する</td> <td rowspan="4">治療指導</td> <td>尿検査</td> </tr> <tr> <td>2 当院にて</td> <td>血液型(ABO型・Rh(D)型)</td> </tr> <tr> <td>3 要精密</td> <td>貧血・血糖</td> </tr> <tr> <td>4 その他</td> <td>不規則抗体・HIV抗体</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> <td></td> <td>梅毒・B型肝炎 C型肝炎・風疹</td> </tr> </table> <p>キリトリ線</p> <p>妊婦健康診査(1回目)の結果は上記のとおりです。</p> <p>令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 日</p> <p>所在地 <input type="text"/></p> <p>医療機関名 <input type="text"/></p> <p>医師名 <input type="text"/> 医療機関コード <input type="text"/></p>		診察所見	1 異常を認めない	検査項目	妊娠週数	週	2 所見あり	体重・血圧測定	区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する	治療指導	尿検査	2 当院にて	血液型(ABO型・Rh(D)型)	3 要精密	貧血・血糖	4 その他	不規則抗体・HIV抗体		()		梅毒・B型肝炎 C型肝炎・風疹
診察所見	1 異常を認めない	検査項目	妊娠週数		週																			
	2 所見あり		体重・血圧測定																					
区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する	治療指導	尿検査																					
	2 当院にて		血液型(ABO型・Rh(D)型)																					
	3 要精密		貧血・血糖																					
	4 その他		不規則抗体・HIV抗体																					
	()		梅毒・B型肝炎 C型肝炎・風疹																					

(○回目)妊婦健康診査受診票(乙) 母子健康手帳貼付

妊婦の方へ

◎あなたの健康診査結果は、右のとおりです。
 ◎キリトリ線から切り離して、母子健康手帳の妊娠の経過欄に貼ってください。
 ◎この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関等で利用できます。
 ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。
 ◎この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。

住所コード (○回目)

住所	東京都		
フリガナ氏名		電話	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	生年齢	歳
初産・経産の別	初産・今までのお産(回)		
出産予定日	令和 年 月 日		

この欄は診察した医師等が記入してください。

診察所見	1 異常を認めない	検査項目	1 クラミジア抗原
	2 所見あり		2 経膈超音波
区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する	検査項目	3 HTLV-1抗体
	2 当院にて { 治療指導		4 貧血
	3 要 精 密		5 血糖
	4 そ の 他		6 B群溶連菌
	{		7 NST

妊娠週数 週
 体重・血圧測定・尿検査
 保健指導

以下、週数等に応じ、各回1項目に限り検査できます。実施した項目に○をしてください。

妊婦健康診査(○回目)の結果は上記のとおりです。

令和 年 月 日

所在地
 医療機関等名
 医師等名

医療機関コード

(○回目)妊婦健康診査受診票(丙) 請求原票結果通知票

医療機関等へのお願い

この受診票(丙)は、当月分をおとりまとめのうえ、「妊婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。

住所コード (○回目)

住所	東京都		
フリガナ氏名		電話	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	生年齢	歳
初産・経産の別	初産・今までのお産(回)		
出産予定日	令和 年 月 日		

この欄は診察した医師等が記入してください。

診察所見	1 異常を認めない	検査項目	1 クラミジア抗原
	2 所見あり		2 経膈超音波
区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する	検査項目	3 HTLV-1抗体
	2 当院にて { 治療指導		4 貧血
	3 要 精 密		5 血糖
	4 そ の 他		6 B群溶連菌
	{		7 NST

妊娠週数 週
 体重・血圧測定・尿検査
 保健指導

以下、週数等に応じ、各回1項目に限り検査できます。実施した項目に○をしてください。

妊婦健康診査(○回目)の結果は上記のとおりです。

令和 年 月 日

所在地
 医療機関等名
 医師等名

医療機関コード

東京都板橋区

妊婦超音波検査のご案内

◎利用できる方…… この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。

◎利用回数…… この受診票による超音波検査は、1回の妊娠中に1枚につき1回受けられます。

◎利用の時期…… この受診票は、主治医と相談の上、妊婦健康診査受診票と一緒にご利用ください。

◎検査の範囲…… この受診票による検査の結果は、検査日の時点において、通常の超音波検査（経腹法）でわかる範囲のことに限られています。
 ご不明の点は、主治医によくおたずねください。

(○回目)妊婦超音波検査受診票(甲) 医療機関控 下記の者の超音波検査を依頼します。 都内委託医療機関様 妊婦の方へ ◎この受診票は、主治医と相談の上、妊婦健康診査受診票と一緒にご利用ください。 ◎この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。 ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。 ◎この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。 ◎この受診票は、右の検査項目については、公費負担の対象となります。 その他の検査項目や産科診察料等で公費負担額を超えた場合に自己負担額が発生しますので、ご了承ください。		この欄は検査をした医師が記入してください。							
住所コード		(○回目)		妊娠週数	週	胎児数	単胎・()胎		
住所 東京都		太わくの中は、交付時に自分で記入してください。		総合判定 1 異常を認めない 2 その他 ()					
フリガナ氏名		電話							
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生		この受診票は複写式です。強く書いてください。		区市町村への連絡事項 1訪問指導を要する 2当院にて { 治療 指導 } 3要精密 4その他 ()					
初産・経産の別								初産・今までのお産(回)	
出産予定日 令和 年 月 日 予定日のあなたの年齢(歳)								超音波検査(○回目)の結果は上記のとおりです。 所在地 医療機関名 医師名	
				医療機関コード					

(○回目)妊婦超音波検査受診票(乙) 母子健康手帳貼付

この欄は検査をした医師が記入してください。

妊娠週数 週 胎児数 単胎・()胎

総合判定
1 異常を認めない
2 その他 ()

区市町村への連絡事項
1 訪問指導を要する
2 当院にて { 治療 指導 }
3 要精密
4 その他 ()

超音波検査(○回目)の結果は上記の令和 年 月 日
所在地
医療機関名
医師名 医療機関コード

キリトリ線

あなたの超音波検査結果は右のとおりです。
キリトリ線から切りはなして、母子健康手帳の妊娠の経過欄に貼ってください。
◎この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。
ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。
◎この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。

住所コード (○回目) 太わくの中は、交付時に自分で記入してください。

住所 東京都

フリガナ氏名 電話

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生

初産・経産の別 初産・今までのお産(回)

出産予定日 令和 年 月 日 予定日のあなたの年齢(歳)

(○回目)妊婦超音波検査受診票(丙) 請求原票 結果通知票

この欄は検査をした医師が記入してください。

妊娠週数 週 胎児数 単胎・()胎

総合判定
1 異常を認めない
2 その他 ()

区市町村への連絡事項
1 訪問指導を要する
2 当院にて { 治療 指導 }
3 要精密
4 その他 ()

超音波検査(○回目)の結果は上記の令和 年 月 日
所在地
医療機関名
医師名 医療機関コード

(折らないでください)

医療機関へのお願い

この受診票(丙)は当月分をおとりまとめのうえ「妊婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。

住所コード (○回目) 太わくの中は、交付時に自分で記入してください。

住所 東京都

フリガナ氏名 電話

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生

初産・経産の別 初産・今までのお産(回)

出産予定日 令和 年 月 日 予定日のあなたの年齢(歳)

東京都板橋区

妊婦子宮頸がん検診のごあんない

◎利用できる方…… この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。

◎利用回数…… この受診票による子宮頸がん検診は、1回の妊娠中に1枚につき1回受けられます。

◎利用の時期…… この受診票は、主治医と相談の上、原則としてできるだけ初期に（1回目妊婦健康診査受診票【水色】と一緒に）ご利用ください。

妊婦子宮頸がん検診受診票(甲) 医療機関控

東京都板橋区

下記の者の子宮頸がん検診を依頼します。

東京都板橋区長 印

都内委託医療機関様

妊婦の方へ

- ◎この受診票は、主治医と相談の上、原則として妊婦健康診査受診票(水色)と一緒にご利用ください。
- ◎この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。
- ◎この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。
- ◎この受診票は、右の検査項目については、公費負担の対象となります。その他の検査項目や産科診察料等で公費負担額を超えた場合に自己負担額が発生しますので、ご了承ください。

住所コード **046193** 太わくの中は、交付時に自分で記入してください。

住所	東京都		
フリガナ氏名		電話	
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日生
初産・経産の別	初産・今までのお産 (回)		
出産予定日	令和	年	月 日 予定日のあなたの年齢 (歳)

この欄は検査をした医師が記入してください。

この受診票は複写式です。強く書いてください。

妊娠週数	週
総合判定	1 異常を認めない 2 その他 ()
区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する 2 当院にて { 治療 指導 3 要精密 4 その他 ()
子宮頸がん検診の結果 令和 [] 年 [] 月 [] 日 は上記のとおりです。	
所在地	
医療機関名	医療機関コード
医師名	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

妊婦子宮頸がん検診受診票(乙) 母子健康手帳貼付

東京都板橋区

妊婦の方へ

あなたの子宮頸がん検診結果は右のとおりです。
キリトリ線から切りはなして、母子健康手帳の妊娠の経過欄に貼ってください。

- ◎この受診票は、部内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。ただし、都外へ転居した場合は使用できませんので、発行された区市町村にご返却ください。
- ◎この受診票は、原則再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。

住所コード	046193			
住所	東京都			
フリガナ氏名		電話		
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生
初産・経産の別	初産・今までのお産 () 回			
出産予定日	令和	年	月	日 予定日のあなたの年齢 () 歳

この欄は検査をした医師が記入してください。

妊娠週数	週			
総合判定	1 異常を認めない 2 その他 ()			
区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する 2 当院にて { 治療指導 } 3 要精密 4 その他 ()			
子宮頸がん検診の結果は上記のとおりです。	令和		年	
所在地				
医療機関名	医療機関コード			
医師名				

キリトリ線

妊婦子宮頸がん検診受診票(丙) 請求原票結果通知票

東京都板橋区

医療機関へお願い

この受診票(丙)は当月分をおとりまとめのうえ「妊婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。

住所コード	046193			
住所	東京都			
フリガナ氏名		電話		
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生
初産・経産の別	初産・今までのお産 () 回			
出産予定日	令和	年	月	日 予定日のあなたの年齢 () 歳

この欄は検査をした医師が記入してください。

妊娠週数	週			
総合判定	1 異常を認めない 2 その他 ()			
区市町村への連絡事項	1 訪問指導を要する 2 当院にて { 治療指導 } 3 要精密 4 その他 ()			
子宮頸がん検診の結果は上記のとおりです。	令和		年	
所在地				
医療機関名	医療機関コード			
医師名				

(折らないでください)

妊婦健康診査・新生児聴覚検査受診票 交付申請書

(宛先)

板橋区長 殿

申請者住所

氏名

続柄

下記の理由により、妊婦健康診査・新生児聴覚検査受診票の交付を受けたいので申請いたします。

記

※太枠のみ御記入ください

妊婦氏名	生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
住所	板橋区 電話	
妊娠週数	週	出産予定日 令和・西暦 年 月 日 予定日のあなたの年齢(歳)
申請理由	(1)他県からの転入(道・府・県 市・町・村から転入) (2)都内区市町村からの転入(東京都 区・市・町・村から転入)	

交付枚数	他県からの転入	<input type="radio"/> 妊婦健康診査受診票 ①板橋区交付枚数 _____ 枚 ②使用枚数 _____ 枚 ①-②=交付枚数(※) 1回目用 _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚 2回目以降用 _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚 <input type="radio"/> 妊婦子宮頸がん検診受診票 ①板橋区交付枚数 _____ 枚 ②使用枚数 _____ 枚 ①-②=交付枚数(※) _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚 <input type="radio"/> 妊婦超音波検査受診票 ①板橋区交付枚数 _____ 枚 ②使用枚数 _____ 枚 ①-②=交付枚数(※) _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚 <input type="radio"/> 新生児聴覚検査受診票 ①板橋区交付枚数 _____ 枚 ②使用枚数 _____ 枚 ①-②=交付枚数 _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚
	都内区市町村からの転入	<input type="radio"/> 妊婦健康診査受診票 ①板橋区交付枚数 _____ 枚 ②転居前自治体の交付枚数 _____ 枚 ①-②=交付枚数(※) 1回目用 _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚 2回目以降用 _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚 <input type="radio"/> 妊婦子宮頸がん検診受診票 ①板橋区交付枚数 _____ 枚 ②転居前自治体の交付枚数 _____ 枚 ①-②=交付枚数(※) _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚 <input type="radio"/> 妊婦超音波検査受診票 ①板橋区交付枚数 _____ 枚 ②転居前自治体の交付枚数 _____ 枚 ①-②=交付枚数(※) _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚 <input type="radio"/> 新生児聴覚検査受診票 ①板橋区交付枚数 _____ 枚 ②転居前自治体の交付枚数 _____ 枚 ①-②=交付枚数 _____ 枚 - _____ 枚 = _____ 枚

※交付枚数は、妊娠週数に応じて変更する場合があります。

年 月 日

妊婦健康診査・新生児聴覚検査受診票 再交付申請書

(宛先)

板橋区長 殿

申請者住所

氏名

続柄

下記の理由により、妊婦健康診査・新生児聴覚検査受診票の再交付を受けたいので申請いたします。

記

※太枠のみ御記入ください

妊婦氏名		生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
住 所	板橋区	電話	
妊娠週数	週	出産予定日	令和・西暦 年 月 日 予定日のあなたの年齢(歳)
申請理由	1 紛失 2 汚損等 (※汚損した受診票を御提出ください) 3 その他 ()		
受診票を発行した 区市町村名	東京都	区・市・町・村	

再 交 付 枚 数	<input type="radio"/> 妊婦健康診査受診票(1回目用)	紛失等枚数 [] 枚	再交付決定枚数(※) _____枚
	<input type="radio"/> 妊婦健康診査受診票(2回目以降用)	紛失等枚数 [] 枚	再交付決定枚数(※) _____枚
	<input type="radio"/> 妊婦子宮頸がん検診受診票	紛失等枚数 [] 枚	再交付決定枚数(※) _____枚
	<input type="radio"/> 妊婦超音波検査受診票	紛失等枚数 [] 枚	再交付決定枚数(※) _____枚
	<input type="radio"/> 新生児聴覚検査受診票	紛失等枚数 [] 枚	再交付決定枚数 _____枚

※交付枚数は、妊娠週数に応じて変更する場合があります。

妊産婦・乳児健康診査総括票 甲

令和 年 月分

医療機関所在地
名称 (電話)
開設者氏名

B A T C H ナンバー
※

医療機関コード

医師会コード

事業種目		コード	件数
妊婦健康診査	1回目	請求	31
		決定	
	2回目以降	請求	32~44
		決定	
	超音波検査	請求	61~64
		決定	
子宮頸がん検診	請求	04	
	決定		※
新生児聴覚検査		請求	51
		決定	※
乳児健康診査	6か月	請求	11
		決定	
	9か月	請求	12
		決定	
産婦健康診査		請求	71、72
		決定	※
1か月児健康診査	請求	10	
	決定		※

国保連合会受付印

本総括票は、健診を実施した年度ごとに作成し、※欄は記入しないでください。
 <提出先> 医師会加入医療機関は、地区医師会から連合会に提出しますので、所属する地区医師会に甲乙2枚とも提出してください。
 個別契約医療機関は、直接東京都国民健康保険団体連合会に甲(1枚目)を提出してください。
 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

妊産婦・乳児健康診査総括票 乙

令和 年 月分

医療機関所在地
名称 (電話)
開設者氏名

B A T C H ナンバー
※

医療機関コード

医師会コード

事業種目		コード	件数
妊婦健康診査	1回目	請求	31
		決定	
	2回目以降	請求	32~44
		決定	
	超音波検査	請求	61~64
		決定	
子宮頸がん検診	請求	04	
	決定		※
新生児聴覚検査		請求	51
		決定	※
乳児健康診査	6か月	請求	11
		決定	
	9か月	請求	12
		決定	
産婦健康診査		請求	71、72
		決定	※
1か月児健康診査	請求	10	
	決定		※

国保連合会受付印

本総括票は、健診を実施した年度ごとに作成し、※欄は記入しないでください。
 <提出先> 医師会加入医療機関は、地区医師会から連合会に提出しますので、所属する地区医師会に甲乙2枚とも提出してください。
 個別契約医療機関は、直接東京都国民健康保険団体連合会に甲(1枚目)を提出してください。
 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

妊産婦・乳児健康診査委託料請求書

板橋区長 殿

医療機関名

所在地

電話番号

開設者氏名

印

令和 年 月に実施した妊産婦健康診査委託料、1か月児健康診査委託料及び乳児健康診査(6か月児・9か月児)委託料について、下記のとおり請求いたします。

なお、健康診査委託料は、下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

事業種目	実施件数	単価	請求金額
妊婦健康診査1回目			
妊婦健康診査2回目以降			
妊婦超音波検査			
妊婦子宮頸がん検診			
産婦健康診査			
1か月児健康診査			
乳児健康診査(6か月児)			
乳児健康診査(9か月児)			
請求金額合計			

振込先金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 農協	店
振込口座名	貯金種目	普通・当座	口座番号
	フリガナ 氏名		

妊婦健康診査委託料請求書

板橋区長 殿

助産所名

所在地

電話番号

開設者氏名

印

令和 年 月に実施した妊婦健康診査の委託料について、下記のとおり請求いたします。
下記対象者の受診回数について、相違ないことを確認しています。

令和 年 月 日

検査項目	限度額	請求単価	件数
基本的な妊婦健康診査(問診、体重、血圧測定、尿検査)、 ノンストレステスト ※1	円		
基本的な妊婦健康診査(問診、体重、血圧測定、尿検査) ※1	円		
請求金額合計			

【上記請求の対象者】

番号	受診者氏名	何回目の 妊婦健康診査の受診か (受診票対象の14回の健診のうち)	左欄うち、 助産所での受診は何回目か (原則、7回が上限)※2	妊婦健康診査の検査を受けている 嘱託医療機関等の医療機関 ※3
1		回目	回目	
2		回目	回目	
3		回目	回目	
4		回目	回目	
5		回目	回目	
6		回目	回目	
7		回目	回目	
8		回目	回目	
9		回目	回目	
10		回目	回目	

※1 記載の項目以外の費用については、区市町村へ請求できません。

※2 原則、助産所での妊婦健康診査受診は7回が上限です(NSTを助産所で実施しない場合は6回)。ただし、「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」(厚生労働省告示第226号)に定める全ての検査を医療機関で実施済み、あるいは実施予定分の受診票が別にある場合は、助産所で7回を超えて健康診査を実施し、請求することが可能です。

※3 医療機関において、妊婦健康診査の検査を受けていない場合には、その理由を妊婦本人に確認し、記載してください。