

板橋区新生児聴覚検査実施要綱

(平成31年3月15日 区長決定)

(目的)

第1条 この要綱は、聴覚障がい、早期に発見され適切な支援が行われた場合には、聴覚障がいによる音声言語発達等への影響が最小限に抑えられることから、それらの早期発見・早期療育を図るために、全ての新生児等を対象とした聴覚検査（以下「新生児聴覚検査」という。）を実施するに当たり、必要な事項を定めるものとする。

(対象児)

第2条 新生児聴覚検査の対象児は、板橋区に居住する者の子であつて、生後50日に達する日まで（生まれた日を0日として起算し50日まで）のものとする。

(実施医療機関)

第3条 新生児聴覚検査は、次に掲げる医療機関において実施する。

(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) 東京都医師会に加入しておらず、原則として標ぼうする診療科目に産婦人科又は耳鼻咽喉科を掲げる医療機関（以下「医師会非加入医療機関」という。）

2 医療機関から健康診査への協力又は協力辞退の申出は、次の手続によるものとする。

(1) 医師会加入医療機関

健康診査協力承諾書（板橋区妊婦健康診査実施要綱（昭和50年4月1日区長決定）（以下「妊婦健診要綱」という。）別記第1号様式の1）又は健康診査協力辞退届（妊婦健診要綱別記第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（妊婦健診要綱別記第1号様式の3）又は健康診査契約解除届（妊婦健診要綱別記第1号様式の4）を区長に提出するものとする。

(実施方法及び内容)

第4条 新生児聴覚検査は、次の各号のとおり実施するものとする。

(1) 区長は、東京都医師会及び医師会非加入医療機関と委託契約を締結し、新生児聴覚検査を実施する。

(2) 新生児聴覚検査を実施する医療機関（以下「実施医療機関」という。）は、対象児の保護者から提出される「新生児聴覚検査受診票」（別記第1号様式（甲乙丙の3枚複写。甲は白色。表紙に「新生児聴覚検査のごあんない」を記載する。）（以下「受診票」という。）により新生児聴覚検査を実施する。

2 実施医療機関は、新生児聴覚検査を実施した場合には、受診票（甲乙丙の3枚複写）の所定欄に、検査の結果及び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の

控えとして保存する。乙票は対象児の保護者に交付して、検査結果欄を母子健康手帳に貼り付けるよう指導する。丙票は健康診査委託料の請求原票・結果通知表（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。

3 新生児聴覚検査の内容は、次の各号のとおりとする。

- (1) 生後50日に達する日までに実施する新生児聴覚検査の初回検査であって、自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）又は耳音響放射検査（OAE）により実施する。
- (2) 初回検査は原則として出生後おおむね3日以内に出生した分娩取扱機関で実施することとし、これにより難しい場合は、退院後、生後50日に達する日までに他の医療機関で実施する。

（受診票の交付及び再交付）

第5条 区長は、妊娠届出を受理したときに、受診票を交付する。受診票には、別表1で定める住所コードを記入して交付するものとする。

2 区長は、妊産婦が他の道府県から転入した場合は、妊婦健康診査・新生児聴覚検査受診票交付申請書（妊婦健診要綱別記第6号様式による。）を提出させ、受診票を交付する。

3 区長は、受診票の紛失、き損その他やむをえない事情があると認められる場合は、妊婦健康診査・新生児聴覚検査受診票再交付申請書（妊婦健診要綱別記第7号様式による。）を提出させ、受診票を再交付する。

（転出に伴う受診票の返却）

第6条 妊産婦が他の道府県に転出する場合は、受診票を区長に返却するものとする。

2 妊産婦が都内区市町村に転出する場合は、継続して使用を認めるため、受診票を返却する必要はないものとする。

（受診票の有効期間）

第7条 受診票の有効期間は、対象児が生後50日に達する日までとする。

（実施医療機関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婦・乳児健康診査総括票（妊婦健診要綱別記第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、妊婦・乳児健康診査請求原票送付書（妊婦健診要綱別記第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。

(健康診査委託料等の審査及び支払)

- 第9条 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実施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、受診票の住所コードを確認の上、区長に対し、健康診査委託料の請求をすることとし、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。

(事後措置)

- 第10条 区長は、連合会から請求原票を受領したときは、受診票を区で保管し、新生児聴覚検査の実施結果に基づき、指導を要する新生児については、適切な措置を講ずるものとする。

(広報活動)

- 第11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

- 1 この要綱は、平成31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、この要綱の施行の日以後においては、この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5年3月23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、この要綱の施行の日以後においては、この要綱の規定により交付された受診票とみなす。

別表1 住所コード

上2桁 51 新生児聴覚検査

下1桁 検証番号

| | 区(市町村)名 | 住所 コード | | 区(市町村)名 | 住所 コード | | 区(市町村)名 | 住所 コード |
|----|---------|-----------|----|---------|-----------|----|---------|-----------|
| 1 | 千代田区 | 517011 | 24 | 八王子市 | 517243 | 47 | 稲城市 | 517482 |
| 2 | 中央区 | 517029 | 25 | 立川市 | 517250 | 48 | あきる野市 | 517490 |
| 3 | 港区 | 517037 | 26 | 武蔵野市 | 517268 | 49 | 羽村市 | 517508 |
| 4 | 新宿区 | 517045 | 27 | 三鷹市 | 517276 | 50 | 瑞穂町 | 517516 |
| 5 | 文京区 | 517052 | 28 | 青梅市 | 517284 | 51 | 日の出町 | 517524 |
| 6 | 台東区 | 517060 | 29 | 府中市 | 517292 | 52 | 檜原村 | 517540 |
| 7 | 墨田区 | 517078 | 30 | 昭島市 | 517300 | 53 | 奥多摩町 | 517557 |
| 8 | 江東区 | 517086 | 31 | 調布市 | 517318 | 54 | 大島町 | 517565 |
| 9 | 品川区 | 517094 | 32 | 町田市 | 517326 | 55 | 利島町 | 517573 |
| 10 | 目黒区 | 517102 | 33 | 小金井市 | 517334 | 56 | 新島村 | 517581 |
| 11 | 大田区 | 517110 | 34 | 小平市 | 517342 | 57 | 神津島村 | 517599 |
| 12 | 世田谷区 | 517128 | 35 | 日野市 | 517359 | 58 | 三宅村 | 517607 |
| 13 | 渋谷区 | 517136 | 36 | 東村山市 | 517367 | 59 | 御蔵島村 | 517615 |
| 14 | 中野区 | 517144 | 37 | 国分寺市 | 517375 | 60 | 八丈町 | 517623 |
| 15 | 杉並区 | 517151 | 38 | 国立市 | 517383 | 61 | 青ヶ島村 | 517631 |
| 16 | 豊島区 | 517169 | 39 | 西東京市 | 517391 | 62 | 小笠原村 | 517649 |
| 17 | 北区 | 517177 | 40 | 福生市 | 517417 | | | |
| 18 | 荒川区 | 517185 | 41 | 狛江市 | 517425 | | | |
| 19 | 板橋区 | 517193 | 42 | 東大和市 | 517433 | | | |
| 20 | 練馬区 | 517201 | 43 | 清瀬市 | 517441 | | | |
| 21 | 足立区 | 517219 | 44 | 東久留米市 | 517458 | | | |
| 22 | 葛飾区 | 517227 | 45 | 武蔵村山市 | 517466 | | | |
| 23 | 江戸川区 | 517235 | 46 | 多摩市 | 517474 | | | |

別表2 医師会コード

| 医師会名 | コード | 医師会名 | コード |
|------|---------|-------|---------|
| 千代田区 | 0 1 1 7 | 葛飾区 | 2 2 1 2 |
| 神田 | 0 1 2 5 | 江戸川区 | 2 3 1 1 |
| 中央区 | 0 2 1 6 | 八王子市 | 2 4 1 0 |
| 日本橋 | 0 2 2 4 | 北多摩 | 2 5 1 9 |
| 港区 | 0 3 1 5 | 立川市 | 2 5 2 7 |
| 新宿区 | 0 4 1 4 | 武蔵野市 | 2 6 1 8 |
| 文京区 | 0 5 1 3 | 三鷹市 | 2 7 1 7 |
| 小石川 | 0 5 2 1 | 西多摩 | 2 8 1 6 |
| 下谷 | 0 6 1 2 | 府中市 | 2 9 1 5 |
| 浅草 | 0 6 2 0 | 調布市 | 3 1 1 1 |
| 墨田区 | 0 7 4 5 | 町田市 | 3 2 1 0 |
| 江東区 | 0 8 1 0 | 小金井市 | 3 3 1 9 |
| 品川区 | 0 9 1 9 | 小平市 | 3 4 1 8 |
| 荏原 | 0 9 2 7 | 日野市 | 3 5 1 7 |
| 目黒区 | 1 0 1 6 | 西東京市 | 4 0 1 0 |
| 大森 | 1 1 1 5 | 東久留米市 | 4 5 1 5 |
| 田園調布 | 1 1 2 3 | 多摩市 | 4 7 1 3 |
| 蒲田 | 1 1 3 1 | 稲城市 | 4 8 1 2 |
| 世田谷区 | 1 2 1 4 | | |
| 玉川 | 1 2 2 2 | | |
| 渋谷区 | 1 3 1 3 | | |
| 中野区 | 1 4 1 2 | | |
| 杉並区 | 1 5 1 1 | | |
| 豊島区 | 1 6 1 0 | | |
| 北区 | 1 7 1 9 | | |
| 荒川区 | 1 8 1 8 | | |
| 板橋区 | 1 9 1 7 | | |
| 練馬区 | 2 0 1 4 | | |
| 足立区 | 2 1 1 3 | | |

第1号様式 表紙 (第4条関係)

-----**新生児聴覚検査のご案内**-----

赤ちゃんは産まれてから、色々な音を聞いたり、声を出したりして、話し始めるための準備をしています。ことばの発達の上で、とても大切な時期です。生まれつき、聴覚に何らかの障害を持つ赤ちゃんは、1,000人に1~2人といわれています。出生後早期に、赤ちゃんが眠っている間に行う聴覚検査があります。

都内の区市町村では、この聴覚検査の費用の一部を助成する制度を実施しています。

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

◎利用回数……この受診票による新生児聴覚検査は、出生後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、原則として入院中、もしくはできるだけ出生後1か月頃までにご利用ください。(ただし、事情により出生後1か月頃までに受けられない場合には、生後50日に達する日まで利用できます。)

◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

第1号様式 受診票 (第4条関係)

| | | | | | |
|--|--|----------------------|---|---|--|
| 新生児聴覚検査受診票(甲) | | 医療機関控 | この欄は検査をした医師が記入してください。 ※リファーマーの場合は、受診票について住所地の自治体に連絡してください。 | | |
| 下記の者の子の新生児聴覚検査を依頼します。 | | 出生日 年 月 日 | | | |
| 都内委託医療機関様 | | 出生週数 | | 週 出生時体重 g | |
| 産婦の方へ ◎この受診票は、主治医と相談の上、新生児聴覚検査の時にご利用ください。 ◎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。 ◎この検査項目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。 ◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。 住所コード <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> 上記内容を了済の上で、検査を申し込みます。 (下記の、太わくの中をご記入ください。) | | 検査結果 | | 右耳 | |
| | | 使用機器 | | 左耳 | |
| | | 1. OAE | | 1.パス ・ 2.リファーマー | |
| | | 2. 自動ABR | | 1.パス ・ 2.リファーマー | |
| | | 総合判定 | | 1. 異常を認めない 2. 耳鼻科受診が必要 3. 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. 要精密検査 紹介先 { 有 () / 無 () } 4. その他 () | |
| 住所 東京都 | | 新生児聴覚検査の結果は上記のとおりです。 | | | |
| フリガナ 母の氏名 | | 電話 | | 年 月 日 | |
| 母の生年月日 | | 年 月 日生 (歳) | | 所在地 | |
| 初産・経産の別 | | 初産 ・ 今までのお産 (回) | | | |
| ※多胎の場合 | | 第 () 子 | | | |
| | | | | 医療機関名 | |
| | | | | 医師名 | |
| | | | | 医療機関コード | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|---|---|--|-------|-----|--|--|--|------|---|-------|---|
| 新生儿聴覚検査受診票(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。 <small>※リファーマーの場合は、受診票について住所地の自治体に連絡してください。</small> | | | | | | | | | |
| | | | | 出産日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 産婦の方へ お子様の新生儿聴覚検査の結果は右のとおりです。 キリトリ線から切りはなして、母子健康手帳の検査の記録欄に貼ってください。 ◎この受診票は、主治医と相談の上、新生儿聴覚検査の時にご利用ください。 ◎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。 ◎この検査項目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。 ◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。 <small>住所コード</small> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <small>上記内容を了承の上で、検査を申し込みます。</small> | | | | | | | | | | 出産週数 | 週 | 出生時体重 | g |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | 検査結果 | 使用機器 | 右耳 | 左耳 | | | | | | | | |
| 1. OAE | 1.パス ・ 2.リファーマー | | 1.パス ・ 2.リファーマー | | | | | | | | | | |
| | | 2. 自動ABR | 1.パス ・ 2.リファーマー | 1.パス ・ 2.リファーマー | | | | | | | | | |
| | | 総合判定 | 1. 異常を認めない 2. 耳鼻科受診が必要 3. 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. 要精密検査 紹介先 { 有 () 無 () } 4. その他 () | | | | | | | | | | |
| | | 住所 | 東京都 | | | | | | | | | | |
| | | フリガナ <small>母の氏名</small> | 電話 | <small>日中、連絡が取れる番号をご記入ください。</small> | | | | | | | | | |
| | | 母の 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | | | | | | | | | | |
| | | 初産・経産の別 | 初産 ・ 今までのお産 (回) | | | | | | | | | | |
| | | ※多胎の場合 | 第 () 子 | | | | | | | | | | |
| | | 新生儿聴覚検査の結果は上記のとおりです。 | 年 | 月 | 日 | 所在地 | | | | | | | |
| | | 医療機関名 | 医師名 | | | | | | | | | | |
| | | <small>医療機関コード</small> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|---|---|--|-------|-----|--|--|--|------|---|-------|---|
| 新生儿聴覚検査受診票(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。 <small>※リファーマーの場合は、受診票について住所地の自治体に連絡してください。</small> | | | | | | | | | |
| | | | | 出産日 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 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。 <small>住所コード</small> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <small>上記内容を了承の上で、検査を申し込みます。 (下記の、太わくの中をご記入ください。)</small> | | | | | | | | | | 出産週数 | 週 | 出生時体重 | g |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | 検査結果 | 使用機器 | 右耳 | 左耳 | | | | | | | | |
| 1. OAE | 1.パス ・ 2.リファーマー | | 1.パス ・ 2.リファーマー | | | | | | | | | | |
| | | 2. 自動ABR | 1.パス ・ 2.リファーマー | 1.パス ・ 2.リファーマー | | | | | | | | | |
| | | 総合判定 | 1. 異常を認めない 2. 耳鼻科受診が必要 3. 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. 要精密検査 紹介先 { 有 () 無 () } 4. その他 () | | | | | | | | | | |
| | | 住所 | 東京都 | | | | | | | | | | |
| | | フリガナ <small>母の氏名</small> | 電話 | <small>日中、連絡が取れる番号をご記入ください。</small> | | | | | | | | | |
| | | 母の 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | | | | | | | | | | |
| | | 初産・経産の別 | 初産 ・ 今までのお産 (回) | | | | | | | | | | |
| | | ※多胎の場合 | 第 () 子 | | | | | | | | | | |
| | | 新生儿聴覚検査の結果は上記のとおりです。 | 年 | 月 | 日 | 所在地 | | | | | | | |
| | | 医療機関名 | 医師名 | | | | | | | | | | |
| | | <small>医療機関コード</small> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |