

## 品川区新生児聴覚検査実施要綱

制定 平成31年3月29日 区長決定

要綱第131号

改正 令和 2年3月31日要綱第 87号

### (目的)

第1条 聴覚障害は、早期に発見され適切な支援が行われた場合には、聴覚障害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、その早期発見・早期療育を図るために全ての新生児を対象として新生児聴覚検査を実施する。

### (対象)

第2条 区内に居住する者の子であって、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）とする。

### (新生児聴覚検査の実施医療機関)

第3条 新生児聴覚検査は、次の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また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または協力辞退の申出は、次の各号に掲げる医療機関の区分に応じ、当該各号に定める書類を区長に提出することにより行う。ただし、医師会加入医療機関にあっては、所属する地区医師会等を経由して区長に提出するものとする。
- (1) 医師会加入医療機関 健康診査協力承諾書（第1号様式）または健康診査協力辞退届（第1号様式の2）
  - (2) 医師会非加入医療機関 健康診査協力届（第1号様式の3）または健康診査契約解除届（第1号様式の4）
- 3 区長は、前項に規定する地区医師会等に対し、書類の経由につき事前に協力を得るものとする。

### (実施方法および内容)

第4条 区長は、東京都医師会、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 実施医療機関は、対象児の保護者から提出される新生児聴覚検査受診票（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）（第2号様式。以下「受診票」という。）により検査を実施する。
- 3 実施医療機関は、新生児聴覚検査を実施した場合には、受診票の所定欄に、検査の結果、区への連絡事項を記入するものとする。この場合において、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。
- 4 前項の規定により記入を行った受診票については、甲票は実施医療機関の控えとして保

存し、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し、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。）として使用するものとする。

5 検査の内容は、次のとおりとする。

- (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）または耳音響放射検査（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等で実施する。

（受診票の交付および再交付）

第5条 区長は、妊娠届出を受理したときは、次の方法により受診票を交付する。この場合において、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。

- (1) 受診票の交付は、妊産婦が他の道府県から転入した場合には、妊婦健康診査受診票等交付申請書（第3号様式）を提出させ、交付する。
- (2) 受診票の再交付は、原則行わないものとする。ただし、やむを得ない事情があると認められる場合には、妊婦健康診査受診票等再交付申請書（第4号様式）を提出させ、再交付することができる。

（転出に伴う受診票の返却）

第6条 妊産婦は、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。

2 都内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。

（受診票の有効期間）

第7条 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 健康診査委託料等の請求については、次の各号の掲げる医療機関の区分に応じ、当該各号に定める方法により行う。

(1) 医師会加入医療機関は、次の方法により行う。

ア 医師会加入医療機関は、当月分の請求原票に別表2で定める医師会コードを記入した妊婦・乳児健康診査総括票（第5号様式。以下「総括票」という。）を添えて、地区医師会長に提出する。

イ 地区医師会長は、医師会加入医療機関から提出された請求原票および総括票を審査のうえ、これら書類に別表2で定める医師会コードを記入した妊婦・乳児健康診査請求原票送付書（第6号様式）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。

(2) 医師会非加入医療機関および都立病院は、当月分の請求原票に総括票を添えて、翌月10日までに連合会に提出する。

（健康診査委託料等の審査および支払い）

第9条 区長は、健康診査委託料の審査および支払に関する事務ならびに地区医師会事務費

の審査・集計帳票作成に関する事務を、連合会に委託して、前条の規定による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。

- 2 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。
- 3 区長は、連合会から送付された集計帳票を基に、地区医師会に事務費を支払うものとする。
- 4 連合会は、新生児聴覚検査受診票の住所コードを確認の上、区長に対し、健康診査委託料の請求をすることとし、請求原票を送付する。
- 5 区長は、連合会より請求原票を受理した場合、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理したときは、検査の実施結果を母子健康管理票に記録するとともに、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。

(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、医師会およ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。

付 則

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から適用する。
- 2 この要綱の適用の日（以下「適用日」という。）前に交付された受診票は、適用日以後においては、この要綱の規定により交付された受診票とみなす。

付 則

- 1 この要綱は、令和2年4月1日から適用する。
- 2 この要綱の適用の日（以下「適用日」という。）前に交付された受診票は、適用日以後においては、この要綱の規定により交付された受診票とみなす。

## 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) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (3) 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  
品川区 長

殿  
あて

※ 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) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (3) 新生児聴覚検査

年 月 日

医療機関名

所在地 〒 ー

電話番号

開設者氏名 印

地区医師会 会長 殿  
品川区 長 あて

※ 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) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (3) 保健指導
- (4) 精密健康診査(妊婦)
- (5) 精密健康診査(乳児)
- (6) 精密健康診査(1歳6か月児)
- (7) 精密健康診査(3歳一般)
- (8) 精密健康診査(3歳児視力)
- (9) 精密健康診査(3歳児聴覚)
- (10) 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

所在地 〒 ー

電話番号

開設者氏名 印

品川区長 あて

## 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) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (3) 保健指導
- (4) 精密健康診査(妊婦)
- (5) 精密健康診査(乳児)
- (6) 精密健康診査(1歳6か月児)
- (7) 精密健康診査(3歳一般)
- (8) 精密健康診査(3歳児視力)
- (9) 精密健康診査(3歳児聴覚)
- (10) 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

所在地 〒

電話番号

開設者氏名

印

品川区長 あて

※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 表紙

-----**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2号様式 新生児聴覚検査受診票

<b>新生児聴覚検査受診票(甲)</b> <span style="float: right;">医療機関控</span>		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。  <b>都内委託医療機関様</b>		出産日	年 月 日	
		出産週数	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		使用機器	右耳	左耳
		検査結果	1. OAE	1.パス ・ 2.リファーマー
住 所 東京都		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 ( )	
フリガナ 母の氏名		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 ( )		
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		
電話		日中、連絡が取れる番号をご記入ください。		
所在地		医療機関名		
医師名		医療機関コード		





妊婦健康診査受診票等交付申請書

ふりがな 妊婦氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	品川区	丁目	番 号
電 話	TEL ( )		
転入前住所			
妊娠週数	週	出産予定日	年 月 日

上記のとおり 届出・申請 します。

年 月 日

品川区長 あて

氏 名

..... <事務処理欄> .....

\* 都内(他区市町村)からの転入

A (妊婦健診・超音波・子宮頸がん無)バック交付

新生児聴覚検査受診票 有・無 (無い場合は受診票を1枚交付)

\* 他道府県からの転入 (以下の受診票+バック交付)

妊婦健康診査受診票 (母子健康手帳確認)

使用枚数  枚 =  枚 交付

超音波検査受診票

1枚 — 使用枚数  枚 =  枚 交付

妊婦子宮頸がん検診受診票

1枚 — 使用枚数  枚 =  枚 交付

新生児聴覚検査受診票

1枚 —  出産後に使用する受診票なので必ず交付 =  1枚 交付

取扱場所

妊婦健康診査受診票等再交付申請書

ふりがな 妊(産)婦氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	品川区	丁目	番 号
電 話	TEL ( )		
妊娠週数	週	出産(予定)日	年 月 日

申請理由	1. 紛失のため 2. 汚損のため(汚損した受診票と引き換え) 3. その他( )
申請枚数	* 妊婦健康診査受診票(1回目用) _____枚 * 妊婦健康診査受診票(2回目以降用) _____枚 * 妊婦超音波検査受診票 _____枚 * 妊婦子宮頸がん検診受診票 _____枚 * 新生児聴覚検査受診票 _____枚

上記のとおり 申請 します。

年 月 日

品 川 区 長 あて

氏 名

..... <事務処理欄> .....

<再交付枚数>

妊娠中に 使用	* 妊婦健康診査受診票(1回目用)	枚
	* 妊婦健康診査受診票(2回目以降用)	枚
	* 妊婦超音波検査受診票	枚
	* 妊婦子宮頸がん検診受診票	枚
出産後に 使用	* 新生児聴覚検査受診票	枚

(参考)	最大再交付枚数	
妊娠20週まで	21~35週	36週以降
1	1	1
13	11	5
1	1	1
1	1	1
出産後に使用する受診票 (最大交付枚数は1枚)		

# 妊婦・乳児健康診査総括票 甲

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	03
		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	

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てください。

※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

# 妊婦・乳児健康診査総括票 乙

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	03
		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	

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てください。

※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

第6号様式

妊婦・乳児健康診査 請求原票送付書 甲

(連合会提出用)

( 年 月分)

連合会  
受付印

東京都国民健康保険団体連合会 殿

医師会 医師会コード

枚中 枚目

医療機関コード	※ 年度 遅れ 請求	事業種目別件数						
		妊婦 1回目	妊婦 2回目以降	妊婦 超音波	妊婦 子宮頸がん	新生児 聴覚検査	乳児 6か月	乳児 9か月
5								
10								
15								
20								
ページ計件								
総合計件数								

注1 医療機関コード及び事業種目別件数は、健診年度ごとに記入してください(※)。  
 注2 医療機関コードの順番に記載する必要はありません。ただし、総括票及び請求原票は、本送付書に記載した医療機関の順番に並べてください。

第6号様式

妊婦・乳児健康診査 請求原票送付書 乙

(医師会控用)

( 年 月分)

連合会  
受付印

東京都国民健康保険団体連合会 殿

医師会 医師会コード

枚中 枚目

医療機関コード	※年度 遅れ 請求	事業種目別件数						
		妊婦 1回目	妊婦 2回目以降	妊婦 超音波	妊婦 子宮頸がん	新生児 聴覚検査	乳児 6か月	乳児 9か月
5								
10								
15								
20								
ページ計件								
総合計件数								

注1 医療機関コード及び事業種目別件数は、健診年度ごとに記入してください(※)。  
 注2 医療機関コードの順番に記載する必要はありません。ただし、総括票及び請求原票は、本送付書に記載した医療機関の順番に並べてください。

別表1 事業・住所コード

上2桁 51 新生児聴覚検査

下1桁 検証番号

	区名	新生児聴覚検査		区名	新生児聴覚検査
1	千代田区	517011	24	八王子市	517243
2	中央区	517029	25	立川市	517250
3	港区	517037	26	武蔵野市	517268
4	新宿区	517045	27	三鷹市	517276
5	文京区	517052	28	青梅市	517284
6	台東区	517060	29	府中市	517292
7	墨田区	517078	30	昭島市	517300
8	江東区	517086	31	調布市	517318
9	品川区	517094	32	町田市	517326
10	目黒区	517102	33	小金井市	517334
11	大田区	517110	34	小平市	517342
12	世田谷区	517128	35	日野市	517359
13	渋谷区	517136	36	東村山市	517367
14	中野区	517144	37	国分寺市	517375
15	杉並区	517151	38	国立市	517383
16	豊島区	517169	39	西東京市	517391
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
			47	稲城市	517482
			48	あきる野市	517490
			49	羽村市	517508
			50	瑞穂町	517516
			51	日の出町	517524
			52	檜原村	517540
			53	奥多摩町	517557
			54	大島町	517565
			55	利島町	517573
			56	新島村	517581
			57	神津島村	517599
			58	三宅村	517607
			59	御蔵島村	517615
			60	八丈町	517623
			61	青ヶ島村	517631
			62	小笠原村	517649



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		