

品川区妊産婦健康診査実施要綱

制定	昭和50年6月24日区長決定
	昭和60年4月要綱第211号
一部改正	昭和61年3月18日
一部改正	平成8年4月要綱第36号
一部改正	平成8年8月要綱第59号
一部改正	平成9年3月要綱第24号
一部改正	平成10年3月要綱第21号
一部改正	平成19年4月要綱第38号
一部改正	平成20年4月要綱第69号
一部改正	平成21年3月要綱第197号
一部改正	平成24年3月要綱第137号
一部改正	平成24年3月要綱第87号
一部改正	平成28年4月要綱第201号
一部改正	平成30年4月要綱第103号
一部改正	平成31年4月要綱第133号
一部改正	令和2年3月要綱第99号
一部改正	令和5年3月要綱第81号
一部改正	令和6年3月要綱第197号
一部改正	令和6年9月要綱第364号
一部改正	令和7年4月要綱第155号
一部改正	令和8年4月要綱第113号

(目的)

第1条 品川区妊産婦健康診査(第3条第1項の妊婦健康診査および産婦健康診査をいう。以下同じ。)は、母子保健法(昭和40年法律第141号)第13条の規定により妊婦および産後2週間、産後1か月等の出産後間もない時期の産婦に対して健康診査を実施することで、その健康管理に努め、もって妊産婦および乳児の死亡率の低下、産後うつ予防、新生児への虐待予防等を図るとともに、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備することを目的とする。

(対象者)

第2条 対象者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 区に妊娠届出をした妊婦(以下「妊婦」という。)または産後2週間、産後1か月等の出産後間もない時期の産婦(流産および死産の場合を含む。以下「産婦」という。)(以下これらを「妊産婦」という。)で現在区内に居住する者
- (2) 区外で母子健康手帳の交付を受け、現在区内に居住する妊産婦で、申出のあった者
(実施医療機関等)

第3条 妊婦健康診査(次条第5項第1号から第3号までに規定する健康診査および検査をいう。以下同じ。)および産婦健康診査(同項第4号および第5号に規定する健康診査および検査をい

う。以下同じ。)は、次の医療機関等(以下「実施医療機関等」という。)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。)に加入しており、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(以下この条において「助産所」という。)。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 医療機関からの品川区妊産婦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。

4 区長は、助産所が品川区妊産婦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および産婦健康診査業務委託契約の締結に係る権限を委任するものとする。

5 前項の規定により助産所から妊婦健康診査業務委託契約および産婦健康診査業務委託契約の締結に係る権限の委任を受けた東京都助産師会は、区長から当該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および産婦健康診査業務委託契約書を締結するものとする。

6 助産所が品川区妊産婦健康診査の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、東京都医師会長、医師会非加入医療機関および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、品川区妊産婦健康診査を実施する。

2 実施医療機関等は、妊婦健康診査の場合は妊婦から提出される妊婦健康診査受診票(1回目用、甲乙丙の3枚複写、甲は水色)(第2号様式)、妊婦健康診査受診票(2回目以降用、甲乙丙の3枚複写、甲は黄色)(第3号様式)、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案内」を記載)(第4号様式)および妊婦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案内」を記載)(第5号様式)(以下これらを「妊婦健康診査等受診票」という。)により、産婦健康診査の場合は産婦から提出される産婦健康診査受診票(甲乙丙の3枚複写、甲は白色、表紙に「産婦健康診査のご案内」を記載)(第6号様式)により健康診査および検査を実施する。ただし、委任助産所においては、第3号様式および第6号様式のみ使用可能とする。

3 妊婦健康診査の実施医療機関は1回目の健康診査を実施した場合には第2号様式の受

診票の所定欄に健康診査の診察所見および区への連絡事項を記入し2回目以降に健康診査を実施した実施医療機関等は第3号様式の受診票の所定欄に健康診査の診察所見、区への連絡事項のほか実施した検査項目に○を記入するものとし、産婦健康診査の実施医療機関等は第6号様式の受診票の所定欄に健康診査の診察所見および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妊婦健康診査等受診票および産婦健康診査受診票（以下これらを「受診票」という。）の取扱いについては、妊婦健康診査の場合は甲票を実施医療機関等の控えとして保存し乙票を妊婦に交付して診査結果欄を母子健康手帳に貼り付けるよう指導し丙票を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。）として使用するものとし、産婦健康診査の場合は甲票を実施医療機関等の控えとして保存し乙票を健康診査委託料の請求原票として使用し丙票を産婦に交付して診査結果欄を母子健康手帳とともに保管するよう指導する。

5 健康診査の内容は次のとおりとする。

(1) 妊婦健康診査の一般健康診査は、次の項目について検査を行う。

ア 初回の検査項目

問診 体重測定 血圧測定 尿検査（糖、蛋白定性） 血液検査 血液型（ABO、Rh）、貧血、血糖、不規則抗体、HIV抗体 梅毒（梅毒血清反応検査） B型肝炎（HBs抗原検査） 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、その妊婦から出生した乳児がHBs抗原・抗体検査・抗HBs人免疫グロブリン投与および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。 C型肝炎 風疹（風疹抗体価検査）
--

イ 2回目以降の検査項目

毎回受ける項目	1項目選択して受ける項目
問診	クラミジア抗原
体重測定	経膈超音波
血圧測定	HTLV-1抗体
尿検査	血糖
保健指導	貧血
	B群溶連菌
	NST（ノン・ストレス・テスト）

※ 実施医療機関はHTLV-1抗体検査実施に際して、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) 超音波検査は、経腹法による断層撮影の方法により、次の項目について検査を行う。

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）

(4) 産婦健康診査は、次の項目について検査を行い、結果に応じて必要な保健指導を行うものとする。

ア 問診（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等）

イ 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）

ウ 体重・血圧測定

エ 尿検査（蛋白・糖）

(5) 産婦の精神状況に応じて、エジンバラ産後うつ病質問票（第6号様式の「アンケート1」をいう。以下同じ。）および赤ちゃんへの気持ち質問票（第6号様式の「アンケート2」をいう。以下同じ。）を用いて客観的なアセスメントを行うとともに、問診（精神疾患の既往歴、服薬歴等）、診察（表情、言動等）等も併せて総合的に評価し、必要な保健指導を行うものとする。

6 産婦健康診査の回数は、対象の産婦1人につき2回以内とする。

（委任助産所における健康診査の上限および医療機関との連携）

第5条 前条第5項第1号に定める一般健康診査について、委任助産所は、同号イに定める2回目以降の検査項目のうち、問診、体重測定、血圧測定、尿検査および保健指導ならびに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とし、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（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、妊婦に対する健康診査についての望ましい基準（平成27年厚生労働省告示第226号）第2の2の表に定める各検査項目の妊娠週数及び回数の目安を踏まえ、クラミジア抗原等の検査、前条第5項第2号に定める超音波検査および同項第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るよう、妊婦に対して促すものとする。この場合にお

いて、実施医療機関は、促した結果、検査等を受けない妊婦がいたときは、当該妊婦の住所地の区市町村へ連絡を行うものとする。

- 3 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、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。
- 4 前項の規定にかかわらず、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し、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。
- 5 委任助産所および医療機関は、検査等において、精神面の不調の疑い等が認められる妊婦がいた場合には、必要に応じて委任助産所および医療機関双方の情報共有や当該妊婦の住所地の区市町村へ連絡を行うものとする。

(実施医療機関等および精神科医療機関との連携)

第6条 実施医療機関等は、産婦健康診査の結果が次に掲げる場合に該当し、早急に支援が必要と判断した場合は、連絡票（第7号様式）等の産婦の状況が分かるものを速やかに区または精神科医療機関に送付すること等により、産婦に関する情報共有を行うこととする。この場合において、産婦本人の同意が得られない場合であっても、児童虐待の防止や対応のために必要と判断した場合は、区に報告すること。

- (1) エジンバラ産後うつ病質問票の合計が9点以上
- (2) エジンバラ産後うつ病質問票の質問項目10が1点以上
- (3) 赤ちゃんへの気持ち質問票の合計点数が3点以上で、問診等と総合して特に支援が必要と判断される場合
- (4) 精神疾患の既往歴があること、り患の疑いがあること、若年産婦であること、生活困窮者であることなどから、医師・助産師等の総合的な評価により継続した支援が必要と判断される場合
- (5) 前各号に掲げるほか、診察等により把握した精神的な状況を総合的に評価し、支援が必要だと判断される場合

(受診票等の交付および再交付)

第7条 区長は、妊産婦に対して、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) 受診票の交付については次のとおり行う。
 - ア 妊婦が区に妊娠届出をした場合には、受診票を交付する。
 - イ 妊婦が他の道府県から転入した場合は、妊産婦健康診査受診票等交付申請書(第8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うえ、交付する。
 - ウ 産婦が他の道府県から転入した場合には、品川区乳児健康診査(1か月児・6か月児・9か月児)実施要綱(昭和50年4月1日制定)の「乳児健康診査受診票交付・再交付申請書」(産婦健康診査の受診票の交付を申請する旨を記載したものに限る。)を提出させ、交付する。
- (2) 受診票の再交付については、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、妊産婦健康診査受診票等再交付申請書(第9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8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9条 受診票の有効期間は、原則として、次の各号に掲げる受診票の区分に応じ、当該各号に定める期間までとする。

- (1) 妊婦健康診査等受診票 交付の日から出産の日までの間
- (2) 産婦健康診査受診票 出産後2か月以内

(健康診査委託料等の請求)

第10条 健康診査委託料等の請求については、次の各号に掲げる医療機関等の区分に応じ、当該各号に定める方法により行う。

- (1) 東京都医師会加入の実施医療機関 次の方法により行う。

ア 実施医療機関は、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産婦・乳児健康診査総括票（第10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、実施医療機関から提出された請求原票および総括票を診査のうえ、これらの書類に、別表2で定める医師会コードを記入した妊産婦・乳児健康診査請求原票送付書（第11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) 東京都医師会非加入の実施医療機関および都立病産院 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。

- (3) 委任助産所 妊婦健康診査の場合は妊婦健康診査委託料請求書（第12号様式）または当該様式に掲げられた項目が記載された請求書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属する月の翌月20日までに産婦健康診査の場合は産婦健康診査委託料請求書（第13号様式）に委託料の金額を記載の上産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、受診票を発行した区市町村に対して支払を請求する。

(健康診査委託料等の審査および支払い)

第11条 区長は、医療機関に対し、次に定めるところにより健康診査委託料等の審査および支払を行う。

- (1) 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、前条第1号または第2号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、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、内容を審査の上、当該連合会に健康診査委託料を支払うものとする。

- 2 区長は、前条第3号の規定による委任助産所からの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12条 区長は、連合会または委任助産所から請求原票を受理したときは、健康診査の実施結果

を母子健康管理票に記録するとともに、指導を要する妊産婦については、適切な措置を講ずるものとする。

(広報活動)

第13条 区は、各種広報手段を活用するとともに、東京都医師会および実施医療機関等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21年4月1日から適用する。
- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、要綱の適用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。

付 則

- 1 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、要綱の適用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。

付 則

- 1 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、要綱の適用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。

付 則

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、要綱の適用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。

付 則

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、要綱の適用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。

付 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

付 則

- 1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、要綱の適用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。

付 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

付 則

- 1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、改正後の要綱の適用の日以後においては、改正後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6年10月1日から施行する。

- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、改正後の要綱の適用の日以後においては、改正後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7年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の適用日前に交付された受診票は、改正後の要綱の適用の日以後においては、改正後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8年4月1日から適用する。ただし、改正後の第4条第2項から第4項まで、第6条第1号から第3号までおよび第9条第2号の規定（いずれも産婦健康診査受診票に関する規定に限る。）については、同年10月1日から適用する。
- 2 この要綱の適用日から令和8年9月30日までの間に、産婦健康診査票を使用せずに産婦健康診査を行う場合の産婦健康診査に係る費用については、当該産婦に対して償還払いで対応することとする。
- 3 この要綱の適用日前に交付された受診票は、改正後の要綱の適用の日以後においては、改正後の要綱の規定により交付された受診票とみなす。
- 4 実施医療機関のうち、保険診療を取り扱わない医療機関（以下この項において「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10条の規定にかかわらず、当月分の請求原票に妊産婦・乳児健康診査委託料請求書（付則様式）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11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。

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、 年 月 日から
協力することを承諾します。

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 〒 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 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) 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

所在地 〒 -

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) 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、品川区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 妊婦健康診査受診票 1回目用受診票

<p>(1回目)妊婦健康診査受診票(丙)</p> <p>品川区</p> <p>医療機関へのお願い</p> <p>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。</p>		<p>請求原票 結果通知票</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>()</td> <td rowspan="4">治療指導</td> <td>尿検査</td> </tr> <tr> <td>1 訪問指導を要する</td> <td>血液型(ABO型・Rh(D)型)</td> </tr> <tr> <td>2 当院にて</td> <td>貧血・血糖</td> </tr> <tr> <td>3 要 精 密</td> <td>不規則抗体・HIV抗体</td> </tr> <tr> <td>4 そ の 他</td> <td>()</td> <td>梅毒・B型肝炎 C型肝炎・風疹</td> </tr> </table>	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	()	治療指導	尿検査	1 訪問指導を要する	血液型(ABO型・Rh(D)型)	2 当院にて	貧血・血糖	3 要 精 密	不規則抗体・HIV抗体	4 そ の 他	()	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	()	治療指導	尿検査																				
	1 訪問指導を要する		血液型(ABO型・Rh(D)型)																				
	2 当院にて		貧血・血糖																				
	3 要 精 密		不規則抗体・HIV抗体																				
4 そ の 他	()	梅毒・B型肝炎 C型肝炎・風疹																					
<p>住所コード <input type="text"/> (1回目)</p> <p>住所 東京都</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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生 <input type="text"/> 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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日</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><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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"/></p> <p style="text-align: right;">医療機関コード <input type="text"/></p>																					

(折らないでください)

第3号様式 妊婦健康診査受診票 2回目以降用受診票

<p>(○回目)妊婦健康診査受診票(甲) 医療機関等控</p> <p>品川区 下記の者の健康診査を依頼します。 品川区長 印 都内委託医療機関等様</p> <p>妊婦の方へ ◎この受診票は、主治医と相談の上、2回目以降の健康診査のときにご利用ください。 ◎この受診票は、都内在住の方が、都内委託医療機関等で利用できます。ただし、都外へ転出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>この欄は診察した医師等が記入してください。</p> <p>妊娠週数 週</p> <p>1 異常を認めない 2 所見あり</p> <p>()</p> <p>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 ()</p> <p>検査項目</p> <p>1 クラミジア抗原 2 経腔超音波 3 HTLV-1抗体 4 貧血 5 血糖 6 B群溶連菌 7 NST</p> <p>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。</p>	
<p>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</p> <p>住所 東京都</p> <p>フリガナ氏名 電話</p> <p>生年月日 年 月 日生 年齢 歳</p> <p>初産・経産の別 初産・今までのお産(回)</p> <p>出産予定日 年 月 日</p>		<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(○回目)の結果は上記のとおりです。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 医療機関等名 医師等名</p> <p>医療機関コード</p>	

第3号様式 妊婦健康診査受診票 2回目以降用受診票

<p>(○回目)妊婦健康診査受診票(乙) 母子健康手帳貼付</p> <p>品川区</p> <p>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、都外へ転出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。</p>		<p>この欄は診察した医師等が記入してください。</p> <p>妊娠週数 週</p> <p>1 異常を認めない 2 所見あり</p> <p>()</p> <p>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 ()</p> <p>検査項目</p> <p>1 クラミジア抗原 2 経腔超音波 3 HTLV-1抗体 4 貧血 5 血糖 6 B群溶連菌 7 NST</p> <p>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。</p>	
<p>住所コード (○回目)</p> <p>住所 東京都</p> <p>フリガナ氏名 電話</p> <p>生年月日 年 月 日生 年齢 歳</p> <p>初産・経産の別 初産・今までのお産(回)</p> <p>出産予定日 年 月 日</p>		<p>キリトリ線</p> <p>妊婦健康診査(○回目)の結果は上記のとおりです。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 医療機関等名 医師等名</p> <p>医療機関コード</p>	

第3号様式 妊婦健康診査受診票 2回目以降用受診票

(○回目)妊婦健康診査受診票(丙) <small>請求原票 結果通知票</small> 品川区 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 <input type="text"/> (○回目) 住所 東京都 フリガナ氏名 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生 <input type="text"/> 年齢 <input type="text"/> 歳 初産・経産の別 <input type="text"/> 初産・今までのお産(<input type="text"/> 回) 出産予定日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		この欄は診察した医師等が記入してください。		妊娠週数	週
		診察所見 1 異常を認めない 2 所見あり () 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 ()	検査項目	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。	1 クラミジア抗原 2 経腔超音波 3 HTLV-1抗体 4 貧血 5 血糖 6 B群溶連菌 7 NST
		(折らないでください)		妊婦健康診査(○回目)の結果は上記のとおりです。 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 日 所在地 医療機関等名 医師等名 医療機関コード <input type="text"/>	

第4号様式 表紙(年齢要件のない区市町村用)

妊婦超音波検査のごあんない

- ◎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……この受診票による超音波検査は、1回の妊娠中に4回まで、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。

A10-6-B(24.4)

第4号様式 妊婦超音波検査受診票

○回目)妊婦超音波検査受診票(甲) 医療機関控 品川区 下記の者の超音波検査を依頼します。 品川区長 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、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、都外へ転出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 <input type="text"/> (○回目) 太わくの中は、交付時に自分で記入してください。		この欄は検査をした医師が記入してください。			
住所 東京都		妊娠週数	週	胎児数	単胎・()胎
フリガナ氏名		総合判定			
生年月日		1 異常を認めない 2 その他 ()			
初産・経産の別		区市町村への連絡事項			
出産予定日		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・今までのお産(回)		超音波検査(○回目)の結果は上記のとおりです。			
年齢 年 月 日		所在地			
年齢(歳)		医療機関名			
		医師名			
		医療機関コード			

第4号様式 妊婦超音波検査受診票

(○回目)妊婦超音波検査受診票(甲) 母子健康手帳貼付 品川区 妊婦の方へ 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、都外へ転出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
住所コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (○回目) 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 ()
		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 ()
住所	東京都			超音波検査(○回目)の結果は上記のとおりです。 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 日 所在地 医療機関名 医師名	
フリガナ氏名		電話		医療機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
生年月日	年	月	日生		
初産・経産の別	初産・今までのお産()回				
出産予定日	年	月	日	予定日のあなたの年齢()歳	

第4号様式 妊婦超音波検査受診票

(○回目)妊婦超音波検査受診票(甲) 請求原票 品川区 結果通知票 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。		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
住所コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (○回目) 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 ()
		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 ()
住所	東京都			超音波検査(○回目)の結果は上記のとおりです。 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 日 所在地 医療機関名 医師名	
フリガナ氏名		電話		医療機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
生年月日	年	月	日生		
初産・経産の別	初産・今までのお産()回				
出産予定日	年	月	日	予定日のあなたの年齢()歳	

第5号様式 妊婦子宮頸がん検診受診票

妊婦子宮頸がん検診受診票(乙) 母子健康手帳貼付品川区 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、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、都外へ転出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。		この欄は検査をした医師が記入してください。	
住所コード		妊娠週数	週
住所 東京都		総合判定	1 異常を認めない 2 その他 ()
フリガナ氏名	電話	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 ()
生年月日	年 月 日生	子宮頸がん検診の結果は上記のとおりです。 所在地 [] 年 [] 月 日	
初産・経産の別	初産・今までのお産(回)	医療機関名	医師名
出産予定日	年 月 日 予定日のあなたの年齢(歳)	医療機関コード [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

第5号様式 妊婦子宮頸がん検診受診票

妊婦子宮頸がん検診受診票(丙) 請求原票 結果通知票 品川区 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。		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		妊娠週数	週
住所 東京都		総合判定	1 異常を認めない 2 その他 ()
フリガナ氏名	電話	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 ()
生年月日	年 月 日生	子宮頸がん検診の結果は上記のとおりです。 所在地 [] 年 [] 月 日	
初産・経産の別	初産・今までのお産(回)	医療機関名	医師名
出産予定日	年 月 日 予定日のあなたの年齢(歳)	医療機関コード [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

産婦健康診査のご案内

○●令和8年10月1日以降に受診された方が、この受診票を使用できます●○

出産後間もない時期のころとからだの健康状態を把握するために、産婦健康診査を受けましょう。東京都にお住まいの産婦の方は、都内委託医療機関・助産所で公費で受けられます。

1 受診の方法

この「受診票」を、東京都内の医療機関・助産所の窓口へ提出してください。

2 受診の時期

医療機関・助産所の指示に従ってください。（原則、産後2か月以内にお受けください）

【受診の目安】1回目 産後2週間頃

2回目 産後1か月頃

3 受診票の記入

上段の太わく内は、産婦の方が記入してください。

3枚複写のため、強めに記入をお願いします。

4 診査項目

問診、診察、体重・血圧測定、尿検査 など

※受診票に記載の項目については、公費負担の対象になります。

そのほかに必要な健診、治療が行われた場合は、自己負担額が発生しますので、ご了承ください。

5 注意事項

- ・医療機関等では、混雑や病気の感染を避けるため健康診査の日時を定めている場合がありますので、前もって医療機関等へ照会してください。
- ・受診の際には、母子健康手帳をお持ちください。
- ・他道府県に転居された場合、この受診票を使用することはできません。転出先で再度受診票を交付してもらってください。
なお、都内の他の区市町村に転居された場合、この受診票はそのまま使用できます。
- ・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。

〇回目 産婦健康診査受診票（甲） 医療機関控

産婦の方へ

- ◎太わくの中は健康診査を受ける前に必ず記入してください。
- ◎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。産後2週間頃に1回、産後1か月頃に1回を目安にご利用ください。
- ◎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。

下記の者の健康診査を依頼します。

品川区長 印

住所コード							
住所							
フリガナ						電話	
氏名							
生年月日	年	月	日（年齢 歳）	出産日	年	月	日（初産・経産）
記入日	年	月	日（産後 か月 日）				

【アンケート1】過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

1 笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。	2 物事を楽しみにして待った。	3 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。
() いつもと同様にできた。 () あまりできなかった。 () 明らかにできなかった。 () まったくできなかった。	() いつもと同様にできた。 () あまりできなかった。 () 明らかにできなかった。 () ほとんどできなかった。	() はい、たいていそうだった。 () はい、時々そうだった。 () いいえ、あまり度々ではない。 () いいえ、そうではなかった。
4 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。	5 はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。	6 することがたくさんあって大変だった。
() いいえ、そうではなかった。 () ほとんどそうではなかった。 () はい、時々あった。 () はい、しょっちゅうあった。	() はい、しょっちゅうあった。 () はい、時々あった。 () いいえ、めったになかった。 () いいえ、まったくなかった。	() はい、たいてい対処できなかった。 () はい、いつものようにはうまく対処しなかった。 () いいえ、たいていうまく対処した。 () いいえ、普段通りに対処した。
7 不幸せなので、眠りにくかった。	8 悲しくなったり、惨めになった。	9 不幸せなので、泣けてきた。
() はい、ほとんどいつもそうだった。 () はい、ときどきそうだった。 () いいえ、あまり度々ではなかった。 () いいえ、まったくなかった。	() はい、たいていそうだった。 () はい、かなりしばしばそうだった。 () いいえ、あまり度々ではなかった。 () いいえ、まったくそうではなかった。	() はい、たいていそうだった。 () はい、かなりしばしばそうだった。 () ほんの時々あった。 () いいえ、まったくそうではなかった。
10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。	() はい、かなりしばしばそうだった。 () めったになかった。	() 時々そうだった。 () まったくなかった。

【アンケート2】あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけてください。

	ほとんどいつも強くそう感じる	たまに強くそう感じる	たまに少しそう感じる	全然そう感じない
(1) 赤ちゃんをいとおしいと感じる。	()	()	()	()
(2) 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。	()	()	()	()
(3) 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。	()	()	()	()
(4) 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない。	()	()	()	()
(5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。	()	()	()	()
(6) 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。	()	()	()	()
(7) こんな子でなかったらなあと思う。	()	()	()	()
(8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。	()	()	()	()
(9) この子がいなかったらなあと思う。	()	()	()	()
(10) 赤ちゃんをととても身近に感じる。	()	()	()	()

都内委託医療機関等 様

〇ここから下の欄は、診察した医師等が記入してください。 ※区市町村のフォローを急ぐ場合は、直接区市町村担当課へご連絡ください。

受診年月日	年	月	日（産後 か月 日）					
体重	kg	血圧	/ mmHg	尿蛋白	- ± + # ##以上	尿糖	- ± + # ##以上	
子宮復古	良・否	悪露	正・否	乳房の状態（分泌）	過多・普通・不良	授乳状況	母乳・混合・人工乳	
精神疾患の既往・現病歴	なし・あり（ ）			服薬歴	なし・あり（ ）			
生活環境に関する心配事	なし・あり（ ）			育児に関する心配事	なし・あり（ ）			
アンケート1	総計	点	問10	点	アンケート2	総計	点	
その他								
総合判定	1 健康 2 経過観察（身体・メンタルヘルス）			今後の指導と区市町村への連絡事項	1 当院で継続 2 他機関紹介（ ） 3 区市町村で支援（ ） 4 他機関管理中（ ） 5 その他（ ）			

産婦健康診査の結果は上記のとおりです。

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 産婦健康診査受診票（乙） 請求原票・結果通知票

医療機関へのお願い

この受診票（乙）は当月分をお取りまとめの上、「妊産婦・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							
住所							
フリガナ						電話	
氏名							
生年月日	年	月	日	(年齢)	歳	出産日	年 月 日 (初産・経産)
記入日	年	月	日	(産後)	か	月	日

【アンケート1】過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

1 笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。	2 物事を楽しみにして待った。	3 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。
() いつもと同様にできた。 () あまりできなかった。 () 明らかにできなかった。 () まったくできなかった。	() いつもと同様にできた。 () あまりできなかった。 () 明らかにできなかった。 () ほとんどできなかった。	() はい、たいていそうだった。 () はい、時々そうだった。 () いいえ、あまり度々ではない。 () いいえ、そうではなかった。
4 はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。	5 はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。	6 することがたくさんあって大変だった。
() いいえ、そうではなかった。 () ほとんどそうではなかった。 () はい、時々あった。 () はい、しょっちゅうあった。	() はい、しょっちゅうあった。 () はい、時々あった。 () いいえ、めったになかった。 () いいえ、まったくなかった。	() はい、たいてい対処できなかった。 () はい、いつものようにはうまく対処しなかった。 () いいえ、たいていうまく対処した。 () いいえ、普段通りに対処した。
7 不幸せなので、眠りにくかった。	8 悲しくなったり、惨めになった。	9 不幸せなので、泣けてきた。
() はい、ほとんどいつもそうだった。 () はい、ときどきそうだった。 () いいえ、あまり度々ではなかった。 () いいえ、まったくなかった。	() はい、たいていそうだった。 () はい、かなりしばしばそうだった。 () いいえ、あまり度々ではなかった。 () いいえ、まったくそうではなかった。	() はい、たいていそうだった。 () はい、かなりしばしばそうだった。 () ほんの時々あった。 () いいえ、まったくそうではなかった。
10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。	() はい、かなりしばしばそうだった。 () めったになかった。	() 時々そうだった。 () まったくなかった。

【アンケート2】あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけてください。

	ほとんどいつも強くそう感じる	たまに強くそう感じる	たまに少しそう感じる	全然そう感じない
(1) 赤ちゃんをいとおしいと感じる。	()	()	()	()
(2) 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。	()	()	()	()
(3) 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。	()	()	()	()
(4) 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがない。	()	()	()	()
(5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。	()	()	()	()
(6) 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。	()	()	()	()
(7) こんな子でなかったらなあと思う。	()	()	()	()
(8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。	()	()	()	()
(9) この子がいなかったらなあと思う。	()	()	()	()
(10) 赤ちゃんをととても身近に感じる。	()	()	()	()

都内委託医療機関等 様

○ここから下の欄は、診察した医師等が記入してください。 ※区市町村のフォローを急ぐ場合は、直接区市町村担当課へご連絡ください。

受診年月日	年	月	日	(産後)	か	月	日	
体重	kg	血圧	/	mmHg	尿蛋白	- ± + # ##以上	尿糖	- ± + # ##以上
子宮復古	良・否	悪露	正・否	乳房の状態(分泌)	過多・普通・不良	授乳状況	母乳・混合・人工乳	
精神疾患の既往・現病歴	なし・あり ()			服薬歴	なし・あり ()			
生活環境に関する心配事	なし・あり ()			育児に関する心配事	なし・あり ()			
アンケート1	総計	点	問10	点	アンケート2	総計	点	
その他								
総合判定	1 健康 2 経過観察(身体・メンタルヘルス)			今後の指導と区市町村への連絡事項	1 当院で継続 2 他機関紹介 () 3 区市町村で支援 () 4 他機関管理中 () 5 その他 ()			

産婦健康診査の結果は上記のとおりです。

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 産婦健康診査受診票（丙） 産婦控

産婦の方へ

- ◎太わくの中は健康診査を受ける前に必ず記入してください。
- ◎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。産後2週間頃に1回、産後1か月頃に1回を目安にご利用ください。
- ◎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										
住所										
フリガナ							電話			
氏名										
生年月日	年	月	日	(年齢 歳)	出産日	年	月	日	(初産・経産)	
記入日	年	月	日	(産後	か月	日)				

○あなたの健康診査結果は、下記のとおりです。

受診年月日	年	月	日	(産後	か月	日)				
体重	kg	血圧	/	mmHg	尿蛋白	- ± + # #以上	尿糖	- ± + # #以上		
子宮復古	良・否	悪露	正・否	乳房の状態(分泌)	過多・普通・不良	授乳状況	母乳・混合・人工乳			

総合判定	1 健康 2 経過観察	今後の指導と 区市町村への 連絡事項	1 当院で継続 () 2 他機関紹介 () 3 区市町村で支援 () 4 他機関管理中 () 5 その他 ()
------	----------------	--------------------------	--

産婦健康診査の結果は上記のとおりです。 年 月 日

所在地 医療機関等名 医師等名 医療機関コード

【送付先】 _____

連 絡 票

※下記の太枠の個人情報について、FAX 送付時は、未記載とし、電話でのやり取りで共有するものとする。

母 氏名	生年月日	年	月	日 (歳)
児 氏名	生年月日	年	月	日
	出生体重	g (在胎週数 週 日)		
住所	電話番号			

連絡事項 【産婦健診 ・ 1か月児健診 ・ その他】 受診日： 年 月 日

メンタルヘルスの連絡の目安

アンケート1 合計9点以上
問10 1点以上
アンケート2 合計3点以上

※産婦健診以外の場合は、記載不要

アンケート1 合計 点
問10 点
アンケート2 合計 点

母等への説明内容

- (1) 情報提供の同意
(2) 専門病院受診の必要性の説明
(3) 専門病院紹介先

有 無 未確認

済 未 不要

医療機関名：

紹介状： 有 無

その他

上記のとおり、連絡します。

年 月 日

機関名

氏 名

所在地

電話番号

 時 分頃 お電話します。 時 分頃 お電話ください。

妊産婦健康診査受診票等交付申請書

1. 妊婦の情報

フリガナ 妊(産)婦氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	品川区	個人番号	【事務処理欄】 通・個・住民票・不・拒
転入前 住 所		妊(産)婦 電話番号	
妊娠届出日 (母子健康手帳 交付日)	年 月 日	妊娠週数 胎児数	週 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (胎)
妊娠届出日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 「転入前住所」と同じ <input type="checkbox"/> 「転入前住所」と異なる場合の住所 〒	出産(予定)日 (40週0日)	年 月 日
※前自治体で、国の「妊婦のための支援給付」(5万円)の申請をしましたか			はい ・ いいえ
下記に同意し、妊婦給付認定申請をしますか ※妊娠中・出産後の支援のため、品川区・相談支援関係機関・医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することがあります。 ※妊婦支援給付金申請は別途必要です。詳細については別紙をご覧ください。			はい ・ いいえ

2. 妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報

医療機関 名 称		医療機関 電話番号	
医療機関 住 所		診断した 医師の氏名	

上記のとおり 申請 します。

年 月 日

品 川 区 長 あて

氏名

(続柄)

..... <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・聴覚なし)バッグ交付+子育てガイド
+妊婦のための支援給付案内チラシ

* 他道府県からの転入 (以下の受診票+バッグ交付+子育てガイド+妊婦のための支援給付案内チラシ)

- 妊婦健康診査受診票 (母子健康手帳確認)
14枚 - 使用枚数 枚 = 枚 交付
- 超音波検査受診票 (※ 妊婦健康診査受診票の交付数 ≥ 超音波の交付数)
4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 (※新生児聴覚検査受診票の交付枚数 = 胎児数)
1枚 + ^{多胎児の場合}_{は追加交付} 枚 = 枚 交付
- 1か月児健康診査受診票 (※1か月児健康診査受診票の交付枚数 = 胎児数)
1枚 + ^{多胎児の場合}_{は追加交付} 枚 = 枚 交付
- 産婦健康診査受診票 2枚 交付

取扱場所

妊産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		
電 話			
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 * 産婦健康診査受診票 _____枚 * 1か月児健康診査受診票 _____枚	

上記のとおり 申請 します。

年 月 日

品 川 区 長 あて

氏 名

妊産婦・乳児健康診査総括票 甲

年 月 分

令和 年 月 分

医療機関所在地
 名称（電話）
 開設者氏名

⑩

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	※

B A T C H ナンバー
 ※

医療機関コード

医師会コード

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、※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

年 月分

令和 年 月分

医療機関所在地
 名称（電話）
 開設者氏名

⑩

B A T C H ナンバー

※

医療機関コード

医師会コード

国保連合会受付印

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	

本総括票は、健診を実施した年度ごとに作成して、※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

妊婦健康診査委託料請求書

品川区長 あて

助産所名

所在地

電話番号

代表者職・氏名

印

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	小計
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	-	-	件	¥ - -
基本的な妊婦健康診査(問診、体重、血圧測定、尿検査) ※1	-	-	件	¥ - -
請求金額合計				¥ - -

請求金額については下記振込先口座にお振り込みください。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種別	1 普通	2 当座
	口座番号				支店 コード	
フリガナ						
口座名義						

【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。

産婦健康診査委託料請求書

長 殿

助産所名

所在地

電話番号

代表者職・氏名

印

令和 年 月に実施した産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。

令和 年 月 日

項目	限度額	請求単価	件数	小計
問診、診察、体重・血圧測定、尿検査、 エジンバラ産後うつ病質問票 赤ちゃんへの気持ち質問票 ※	¥ 5,000 -	-	件	¥ - -
請求金額合計				¥ - -

※ 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。

請求金額については下記振込先口座にお振り込みください。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種別	1 普通
	口座番号		金融機関 コード	支店 コード	2 当座
	フリガナ				
	口座名義				

妊産婦・乳児健康診査委託料請求書

品川区長 あて

医療機関名

所在地

電話番号

開設者氏名

印

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および乳児健康診査(新生児聴覚・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。

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			
新生児聴覚検査			
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 フリガナ 氏名	普通・当座 口座番号

別表1 事業・住所コード

事業種別 区市町村	妊婦健診 受診券1 (1回目)		妊婦健診 受診券2 (2回目)		妊婦健診 受診券2 (3回目)		妊婦健診 受診券2 (4回目)		妊婦健診 受診券2 (5回目)		妊婦健診 受診券2 (6回目)		妊婦健診 受診券2 (7回目)		妊婦健診 受診券2 (8回目)		妊婦健診 受診券2 (9回目)		妊婦健診 受診券2 (10回目)		妊婦健診 受診券2 (11回目)		妊婦健診 受診券2 (12回目)		妊婦健診 受診券2 (13回目)		妊婦健診 受診券2 (14回目)		妊婦 超音波検査		妊婦 超音波検査 (1回目)		妊婦 超音波検査 (2回目)		妊婦 超音波検査 (3回目)		妊婦 超音波検査 (4回目)		妊婦 子宮頸がん検査																																																																																								
	3	1	4	0	1	3	3	2	4	0	1	2	3	3	4	0	1	1	3	4	0	1	9	3	5	4	0	1	9	3	6	4	0	1	8	3	7	4	0	1	7	3	8	4	0	1	6	3	9	4	0	1	5	4	0	4	0	1	2	4	1	4	0	1	1	4	2	4	0	1	0	4	3	4	0	1	9	4	4	0	1	8	0	3	5	0	1	4	6	1	5	0	1	3	6	2	5	0	1	2	6	3	5	0	1	1	6	4	5	0	1	0	4	6	0	1	1										
千代田区	3	1	4	0	1	3	3	2	4	0	1	2	3	3	4	0	1	1	3	4	0	1	0	3	5	4	0	1	9	3	6	4	0	1	8	3	7	4	0	1	7	3	8	4	0	1	6	3	9	4	0	1	5	4	0	4	0	1	2	4	1	4	0	1	1	4	2	4	0	1	0	4	3	4	0	1	9	4	4	0	1	8	0	3	5	0	1	4	6	1	5	0	1	3	6	2	5	0	1	2	6	3	5	0	1	1	6	4	5	0	1	0	4	6	0	1	1										
中央区	3	1	4	0	2	1	3	3	2	4	0	2	0	3	3	4	0	2	9	3	4	0	2	8	3	5	4	0	2	7	3	6	4	0	2	6	3	7	4	0	2	5	3	8	4	0	2	4	3	9	4	0	2	3	4	0	4	0	2	0	4	1	4	0	2	9	4	2	4	0	2	8	4	3	4	0	2	7	4	4	0	2	6	0	3	5	0	2	2	6	1	5	0	2	1	6	2	5	0	2	0	6	3	5	0	2	9	6	4	5	0	2	8	0	4	6	0	2	9								
港区	3	1	4	0	3	9	3	2	4	0	3	8	3	3	4	0	3	7	3	4	0	3	6	3	5	4	0	3	5	3	6	4	0	3	4	3	7	4	0	3	3	3	8	4	0	3	2	3	9	4	0	3	1	4	0	4	0	3	8	4	1	4	0	3	7	4	2	4	0	3	6	4	3	4	0	3	5	0	3	0	6	1	5	0	3	9	6	2	5	0	3	8	6	3	5	0	3	7	6	4	5	0	3	6	0	4	6	0	3	7																	
新宿区	3	1	4	0	4	7	3	2	4	0	4	6	3	3	4	0	4	5	3	4	0	4	4	3	5	4	0	4	3	3	6	4	0	4	2	3	7	4	0	4	1	3	8	4	0	4	0	3	9	4	0	4	9	4	0	4	0	4	6	4	1	4	0	4	5	4	2	4	0	4	4	3	4	0	4	3	4	4	4	0	4	2	0	3	5	0	4	8	6	1	5	0	4	7	6	2	5	0	4	6	3	5	0	4	5	6	4	5	0	4	4	0	4	6	0	4	5										
文京区	3	1	4	0	5	4	3	2	4	0	5	3	3	3	4	0	5	2	3	4	0	5	1	3	5	4	0	5	0	3	6	4	0	5	9	3	7	4	0	5	8	3	8	4	0	5	7	3	9	4	0	5	6	4	0	4	0	5	3	4	1	4	0	5	2	4	2	4	0	5	1	4	3	4	0	5	0	4	4	4	0	5	9	0	3	5	0	5	5	6	1	5	0	5	4	6	2	5	0	5	3	6	3	5	0	5	2	6	4	5	0	5	1	0	4	6	0	5	2								
台東区	3	1	4	0	6	2	3	2	4	0	6	1	3	3	4	0	6	0	3	4	0	6	9	3	5	4	0	6	8	3	6	4	0	6	7	3	7	4	0	6	6	3	8	4	0	6	5	3	9	4	0	6	4	4	0	4	0	6	1	4	1	4	0	6	0	4	2	4	0	6	9	4	3	4	0	6	8	4	4	4	0	6	7	0	3	5	0	6	3	6	1	5	0	6	2	6	2	5	0	6	1	6	3	5	0	6	0	6	4	5	0	6	9	0	4	6	0	6	0								
墨田区	3	1	4	0	7	0	3	2	4	0	7	9	3	3	4	0	7	8	3	4	0	7	7	3	5	4	0	7	6	3	6	4	0	7	5	3	7	4	0	7	4	3	8	4	0	7	3	9	4	0	7	2	4	0	4	0	7	9	4	1	4	0	7	8	4	2	4	0	7	7	4	3	4	0	7	6	4	4	4	0	7	5	0	3	5	0	7	1	6	1	5	0	7	0	6	2	5	0	7	9	6	3	5	0	7	8	6	4	5	0	7	7	0	4	6	0	7	8									
江東区	3	1	4	0	8	8	3	2	4	0	8	7	3	3	4	0	8	6	3	4	0	8	5	3	5	4	0	8	4	3	6	4	0	8	3	7	4	0	8	2	3	8	4	0	8	1	3	9	4	0	8	0	4	0	4	0	8	7	4	1	4	0	8	6	4	2	4	0	8	5	4	3	4	0	8	4	4	4	0	8	3	0	3	5	0	8	9	6	1	5	0	8	6	2	5	0	8	7	6	3	5	0	8	6	6	4	5	0	8	5	0	4	6	0	8	6											
品川区	3	1	4	0	9	6	3	2	4	0	9	5	3	3	4	0	9	4	3	4	0	9	3	3	5	4	0	9	2	3	6	4	0	9	1	3	7	4	0	9	0	3	8	4	0	9	9	3	9	4	0	9	8	4	0	4	0	9	5	4	1	4	0	9	4	4	2	4	0	9	3	4	3	4	0	9	2	4	4	4	0	9	1	0	3	5	0	9	7	6	1	5	0	9	6	2	5	0	9	5	6	3	5	0	9	4	6	4	5	0	9	3	0	4	6	0	9	4									
目黒区	3	1	4	1	0	4	3	2	4	1	0	3	3	3	4	1	0	2	3	4	1	0	1	3	5	4	1	0	0	3	6	4	1	0	9	3	7	4	1	0	8	3	8	4	1	0	7	3	9	4	1	0	6	4	0	4	1	0	3	4	1	4	1	0	2	4	2	4	1	0	1	4	3	4	1	0	0	4	4	4	1	0	9	0	3	5	1	0	5	6	1	5	1	0	4	6	1	0	2																												
大田区	3	1	4	1	1	2	3	2	4	1	1	1	3	3	4	1	1	0	3	4	1	1	9	3	5	4	1	1	8	3	6	4	1	1	7	3	7	4	1	1	6	3	8	4	1	1	5	3	9	4	1	1	4	4	0	4	1	1	1	4	1	4	1	0	4	1	1	1	4	1	4	1	0	4	2	4	1	1	9	4	3	4	1	1	8	4	4	4	1	1	7	0	3	5	1	1	3	6	1	5	1	1	2	6	2	5	1	1	1	6	3	5	1	1	0	6	4	5	1	1	9	0	4	6	1	1	0
世田谷区	3	1	4	1	2	0	3	2	4	1	2	9	3	3	4	1	2	8	3	4	1	2	7	3	5	4	1	2	6	3	6	4	1	2	5	3	7	4	1	2	4	3	8	4	1	2	3	9	4	1	2	2	4	0	4	1	2	9	4	1	4	1	2	8	4	2	4	1	2	7	4	3	4	1	2	6	4	4	4	1	2	5	0	3	5	1	2	1	6	1	5	1	2	0	6	2	5	1	2	9	6	3	5	1	2	8	6	4	5	1	2	7	0	4	6	1	2	8									
渋谷区	3	1	4	1	3	8	3	2	4	1	3	7	3	3	4	1	3	6	3	4	1	3	5	3	5	4	1	3	4	3	6	4	1	3	3	7	4	1	3	2	3	8	4	1	3	1	3	9	4	1	3	0	4	0	4	1	3	7	4	1	4	1	3	6	4	2	4	1	3	5	4	3	4	3	4	1	3	4	4	4	4	1	3	3	0	3	5	1	3	9	6	1	5	1	3	8	6	2	5	1	3	7	6	3	5	1	3	6	6	4	5	1	3	5	0	4	6	1	3	6							
中野区	3	1	4	1	4	6	3	2	4	1	4	5	3	3	4	1	4	4	3	4	1	4	3	3	5	4	1	4	2	3	6	4	1	4	1	3	7	4	1	4	0	3	8	4	1	4	9	3	9	4	1	4	8	4	0	4	1	4	5	4	1	4	1	4	4	4	2	4	1	4	3	4	3	4	1	4	2	4	4	4	1	4	1	0	3	5	1	4	7	6	1	5	1	4	6	2	5	1	4	5	6	3	5	1	4	4	6	4	5	1	4	3	0	4	6	1	4	4									
杉並区	3	1	4	1	5	3	2	4	1	5	2	3	3	3	4	1	5	1	3	4	1	5	0	3	5	4	1	5	9	3	6	4	1	5	8	3	7	4	1	5	7	3	8	4	1	5	6	3	9	4	1	5	5	4	0	4	1	5	2	4	1	4	1	5	1	4	2	4	1	5	0	4	3	4	1	5	9	4	4	4	1	5	8	0	3	5	1	5	4	6	1	5	1	5	3	6	2	5	1	5	2	6	3	5	1	5	1	6	4	5	1	5	0	0	4	6	1	5	1								
豊島区	3	1	4	1	6	1	3	2	4	1	6	0	3	3	4	1	6	9	3	4	1	6	8	3	5	4	1	6	7	3	6	4	1	6	6	3	7	4	1	6	5	3	8	4	1	6	4	3	9	4	1	6	3	4	0	4	1	6	0	4	1	4	1	6	9	4	2	4	1	6	8																																																								

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	国分寺市	3 7 1 5
大森	1 1 1 5	西東京市	4 0 1 0
田園調布	1 1 2 3	東久留米市	4 5 1 5
蒲田	1 1 3 1	多摩市	4 7 1 3
世田谷区	1 2 1 4	稲城市	4 8 1 2
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		