

## 妊婦健康診査・新生児聴覚検査の実施について（依頼）

平素は、鳥取市の母子保健事業にご理解・ご協力いただき、誠にありがとうございます。

鳥取市では、委託契約外の医療機関で「妊婦健康診査」「新生児聴覚検査」を受診される場合、償還払い制度にて健診費用の助成を行っております。

鳥取市に住所を有する者が、受診された場合は、お忙しい中大変ご迷惑をおかけしますが、下記のように対応していただきますよう、よろしくお願いいたします。

## 記

## 1. 助成できる回数、内容、金額

妊婦健康診査の区分と回数		内容	助成上限金額
一般健康診査 (14回)	1回目	問診及び診察、尿化学検査、保健指導、血液検査、梅毒血清反応検査、HIV抗体検査、風疹ウイルス抗体価検査、B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、末梢血液一般検査、グルコース検査、子宮頸部がん検診、その他医師が必要と認める検査	22,620円  ※子宮頸部がん検診無 19,020円
	2回目から 14回目	問診及び診察、尿化学検査、保健指導、その他医師が必要と認める検査	5,760円
GBS検査	6～14回の1回分	問診及び診察、尿化学検査、保健指導、GBS検査、その他医師が必要と認める検査	9,460円
HTLV-1検査	6～14回の1回分	問診及び診察、尿化学検査、保健指導、HTLV-1検査、その他医師が必要と認める検査	8,420円
クラミジア検査	1回分	クラミジア検査	1,930円
多胎妊娠妊婦健康診査	5回分	問診及び診察、尿化学検査、保健指導、その他医師が必要と認める検査	5,760円
新生児聴覚検査	1回分	自動ABRまたはOAE	2,000円

## 2. 領収書と明細書の発行について

(1) 検査内容（GBS・HTLV-1抗体・クラミジア抗原など）や金額の内訳が分かるものが必要です。領収書や明細書に内訳が印字されていない場合は、手書きで構いませんので内訳がわかるように記載してください。

(2) 妊婦健診と保険適用外（自費）であることを明記ください。※保険診療の場合は、対象とはなりません。

## 3. 健康診査の結果記入について

(1) 妊婦健診実施月日と医療機関名を、母子健康手帳(P.8～9)に記入してください。

(2) B型肝炎抗原検査、子宮頸部がん検診の実施年月日を、母子健康手帳(P.10)に記入してください。検査結果を母子健康手帳(P.10)または別紙に記載し、妊婦本人にお渡しください。

(3) GBS検査、HTLV-1検査、クラミジア検査の実施年月日を、母子健康手帳(P.10)に記入してください。

(4) 新生児聴覚検査の実施年月日を、母子健康手帳(P.17またはP.18)に記入してください。

(5) 支援の必要性が高く、緊急性の高い場合には、下記にご連絡ください。

**【連絡先】** 鳥取市保健所 健康子育て推進課 子育て支援係  
鳥取市富安二丁目138-4 鳥取市役所駅南庁舎1階  
電話：(0857) 30-8584

健診費用の助成を助成するためには、健診（検査）の実施年月日と検査結果を鳥取市に提出がすることが必要です。①～③の項目は、必ず記入してください。

### 妊娠中の経過

妊娠	診察	妊娠	子宮	腹	体	血	浮	尿	尿	糖	その他の検査 (血液検査、血糖、 超音波など)	特記事項 (安静・休業などの指示や切迫早産 等の専科疾患や合併症など)	施設名又は 担当者名	妊娠
	日	週数-日	底	囲	重 の 増									
／	-	cm	cm	kg	/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+
／	-				/	-	+	+	+	-	+	+	+	+

①

②

※妊婦健康診査を受けるときはもちろん、外出時はいつも持参しましょう。

### 検査の記録

妊娠	検査項目	検査年月日	備考
	血液型	年月日	ABO 型 Rh
不規則抗体	年月日		
子宮頸がん検診	年月日		
梅毒血清反応	年月日		
HBs抗原	年月日		
HCV抗体	年月日		
HIV抗体	年月日		
風しんウイルス抗体	年月日		
HTLV-Ⅰ抗体	年月日		
クラミジア抗原	年月日		
β群溶血性連鎖球菌	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		
	年月日		

③

※検査結果を記録する場合は、妊婦に説明し同意を得ること。