

函館市産婦健康診査事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、母子保健法（昭和40年法第141号）第13条の規定に基づき、産後うつや新生児への虐待予防等を図るため、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して実施する産婦健康診査に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施医療機関)

第2条 産婦健康診査業務は、北海道が市町村の代理として協定を締結している医療機関および助産所（以下「実施委託機関」という。）において実施するものとする。

(対象者)

第3条 対象者は、下記の各号のいずれかに該当する産婦とする。

- (1) 函館市内に住所を有する者
- (2) 配偶者等からの暴力の被害により避難している状況にあり、現に函館市内に居住していながら、やむを得ず住民登録することができないと認められた者
- (3) その他特に市長が必要と認めた者

(健康診査の時期、内容および委託料)

第4条 第1条に規定する健康診査は、対象者1人につき2回以内とし、次の時期に実施することを原則とする。また、その内容および委託料については、北海道が定めた健康診査実施要綱に基づくものとする。

- (1) 産後2週前後
- (2) 産後1か月前後

(健康診査の受診票交付)

第5条 前条に掲げる健康診査の受診票の交付は、次のとおりとする。

- (1) 市長は、第1条に規定する健康診査の実施のため、妊娠の届出を受理し、母子健康手帳を交付する際等に妊婦に対して本事業の趣旨、内容、利用の方法等を十分説明し、産婦健康診査受診票（別記第1

号様式。以下「受診票」という。)を交付する。

受診票の交付場所は、子ども未来部母子保健課、市民部戸籍住民課および函館市の各支所とする。

(2) 交付した受診票をき損または紛失した場合は、産婦健康診査受診票再交付申請書(別記第2号様式)により申請し、再交付を受けるものとする。

(健康診査の実施)

第6条 実施委託機関は、第4条に定める健康診査の結果を直接対象者に伝えるものとし、その結果に基づき、必要に応じて助言や指導を行うものとする。

2 実施委託機関は、第4条に定める健康診査の内容以外の検査や医療処置等が必要と判断した場合は、対象者に十分な説明を行い、同意を得たうえで実施し、その費用を対象者に請求するものとする。

(事後指導)

第7条 実施委託機関は、健康診査の結果、支援または治療が必要と判断した対象者について、同意を得たうえで、産婦健康診査結果市町村連絡票(別記第3号様式)により、速やかに市長へ報告するものとする。

2 市長は、前項の規定に基づき報告を受けた場合は、実施委託機関と連絡を密にし、必要に応じて、宿泊型産後ケア事業や訪問指導等の支援を行うものとする。

(委託料の請求書)

第8条 第4条に定める健康診査に係る委託料の請求書は、産婦健康診査委託費請求書(別記第4号様式)とする。

(償還払)

第9条 緊急その他やむを得ない事情により、実施委託機関に受診票を提示せずに第1条に規定する健康診査を受けた者は、当該健康診査に要した費用の償還について、産婦健康診査費償還払申請書(別記第5号様式)に次の各号に掲げるすべての書類を添付し、市長に申請することができる。

- (1) 申請しようとする回の受診票（診査結果，実施委託機関の名称が記入され，担当医師等の押印のあるもの）
 - (2) 当該健康診査に係る実施委託機関の領収書（産婦健康診査とわかるもの）
 - (3) 母子健康手帳の「出産後の母体の経過」の写し
- 2 前項の規定による申請は，申請しようとする健康診査を受診した日の翌日から起算して2年以内に行わなければならない。
 - 3 市長は，前項の申請があった場合は速やかに審査を行い，償還払することと決定したときは産婦健康診査費償還払決定通知書（別記第6号様式）により，償還払しないことと決定したときは産婦健康診査費償還払却下決定通知書（別記第7号様式）により申請者に通知するものとする。
 - 4 前項の規定により償還払する額は，当該健康診査に要した費用の額と当該受診日の属する年度における委託料の額に相当する額とのいずれか低い方の額とする。
 - 5 市長は，虚偽の申請その他不正の行為により償還払を受けた者に対し，当該償還払の決定の全部または一部を取り消し，償還払した額の返還を命ずることができる。

（受診票交付台帳の整備）

第10条 市長は，受診票の交付状況を明確にしておくため，受診票交付台帳を備え付け，交付のつど，記載するものとする。

（その他）

第11条 この要綱の実施に関し必要な事項は，別に定める。

附 則

- 1 この要綱は，平成29年8月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は，令和3年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行後，当分の間は，改正前の函館市産婦健康診査事業実施要綱に基づく受診票等は，この要綱に基づく受診票等とみなして，

使用することができるものとする。

附 則

- 1 この要綱は，令和4年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は，令和5年4月1日から施行する。

産婦健康診査受診票 (医療機関・助産所用)

No. _____

(第 1 回 産後 2 週前後)

この受診票を使用できるのは、函館市内に住民票のある方です。

フリガナ			
産婦氏名			
生年月日	平成 昭和	年 月 日生 (歳)
住所	函館市		
電話番号	- -		
妊娠届出日	年 月 日	出生届出日	年 月 日

健康診査の結果

健康診査年月日	年 月 日	
診査結果	1 異常なし	健診結果が 2, 3 の場合の所見
	2 要支援 3 要治療	
実施委託機関名 担当医師・助産師名		

※裏面もご覧ください

- 1 この受診票 1 枚につき 1 回受診することができます。
- 2 この受診票は、産後 2 週間後の健診で使用できます。受診回数（1 回または 2 回）については、医師または助産師の指示を受けてください。
- 3 太枠内を記入し、産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。
- 4 この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。
 - (1) 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）
 - (2) 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）
 - (3) 血圧測定・体重測定
 - (4) 尿検査（蛋白・糖）
 - (5) 産婦の精神状況に応じて、ツールを用いた客観的なアセスメントを行うこと

※医師の判断により、不要となる検査があります。
- 5 この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。

この受診票を使用できるのは、函館市内に住民票のある方です。函館市を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。

【医療機関・助産所の方へ】

健診項目(1)～(5)の結果を総合的に判断し、要支援・治療となった場合は、産婦の同意を得たうえで、速やかに市町村に電話連絡するとともに、「産婦健康診査結果市町村連絡票」を提出してください。

産婦健康診査受診票（医療機関・助産所用）

No. _____

（第2回 産後1か月前後）

この受診票を使用できるのは、函館市内に住民票のある方です。

フリガナ			
産婦氏名			
生年月日	平成 昭和	年 月 日生（	歳）
住所	函館市		
電話番号	- -		
妊娠届出日	年 月 日	出生届出日	年 月 日

健康診査の結果

健康診査年月日	年 月 日	
診 査 結 果	1 異常なし	健診結果が2,3の場合の所見
	2 要支援 3 要治療	
実施委託機関名 担当医師・助産師名		

※裏面もご覧ください

- 1 この受診票 1 枚につき 1 回受診することができます。
- 2 この受診票は、産後 1 か月前後の健診で使用できます。受診回数（1 回または 2 回）については、医師または助産師の指示を受けてください。
- 3 太枠内を記入し、産科婦人科医療機関または助産所に提出してください。
- 4 この受診票により、公費負担となる健診項目は、以下のとおりです。
 - (1) 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）
 - (2) 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）
 - (3) 血圧測定・体重測定
 - (4) 尿検査（蛋白・糖）
 - (5) 産婦の精神状況に応じて、ツールを用いた客観的なアセスメントを行うこと

※医師の判断により、不要となる検査があります。
- 5 この受診票を使用し受診しても、上記項目以外の検査、疾病の治療等、診療内容によっては、自己負担額が生じることもあります。

この受診票を使用できるのは、函館市内に住民票のある方です。函館市を転出された場合は、使用できませんので、転出先の市町村で受診票等の交付を受けてください。

【医療機関・助産所の方へ】

健診項目(1)～(5)の結果を総合的に判断し、要支援・治療となった場合は、産婦の同意を得たうえで、速やかに市町村に電話連絡するとともに、「産婦健康診査結果市町村連絡票」を提出してください。

(別記第2号様式)

産婦健康診査受診票再交付申請書

産婦健康診査受診票の 交付を受けた日	年 月 日
産婦健康診査受診票の番号	
母子健康手帳の番号	
再交付を受けようとする理由	き 損 ・ 紛 失

函館市産婦健康診査受診票の再交付を受けたいので、函館市産婦健康診査事業実施要綱第5条第1項第2号の規定により申請します。

年 月 日

住 所 函館市

妊産婦氏名

電 話

函館市長 様

※母子保健課記入欄 産婦健康診査受診票 No

(別記第3号様式)

(支援が必要とされる方)

産婦健康診査結果市町村連絡票

産婦健康診査実施機関から市町村に連絡票などを用いた連絡に同意します。

氏名	生年月日	電話番号
住民登録地	(〒)	
居住地	(〒)	
育児や産後の体調について、心配なこと、相談したいことがありましたらご記入ください。 ()		

上記、産婦様について、ご本人の同意に基づき連絡しますので、今後の支援をお願いします。
年 月 日

健診実施機関名称:

記入者名: (医師・助産師・看護師・他)

産婦健康診査実施日	<input type="checkbox"/> 第1回	<input type="checkbox"/> 第2回	年	月	日					
診査所見	・出産の有無 <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(回目) ・母体の状態 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導() ・授乳状況 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 要指導() ・エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS 点)									
設問	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
得点	0	0	3	0	3	3	3	3	3	3
	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2
	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
	3	3	0	3	0	0	0	0	0	0
妊娠出産時の状況	・妊娠中の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他() ・分娩の経過 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他() ・妊娠週数 週 ・児の出生時体重 グラム ・特記事項()									
支援を必要とする事項	複数選択可 <input type="checkbox"/> 市町村保健師・助産師による電話連絡 <input type="checkbox"/> 市町村保健師・助産師による面会対応 <input type="checkbox"/> 当科・助産所にて診療継続 精神科の受診 → <input type="checkbox"/> 当産科・助産所で紹介済み → <input type="checkbox"/> 市町村から受診勧奨					<input type="checkbox"/> その他(自由記載)				

(別記第5号様式)

産婦健康診査費償還払申請書

年 月 日

函館市長様

〒
住所 函館市

申請者 氏名

函館市産婦健康診査事業実施要綱第9条に基づき、下記のとおり申請します。
なお、償還払の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会・提供および医療機関等に対する健康診査内容等の照会について同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
受診者氏名		産婦健康診査 受診票 No	
電 話	() -		

受診票の種類	健康診査に要した費用	償還払決定額 <small>母子保健課記入欄</small>
申請額 金 _____ 円		円

【振込先金融機関の名称および口座番号】

申請者と口座名義人は同一であること。諸事情により申請者以外の口座への振り込みを御希望される場合には、裏面の「委任状」に御記入ください。

振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
銀行 金庫 本店 支店 出張所	普通 当座	フリガナ ()

- ※添付書類 (1) 申請しようとする回の受診票 (診査結果, 医療機関等の名称が記入され, 担当医師等の押印があるもの)
(2) 健康診査に係る医療機関等の領収書 (産婦健康診査とわかるもの)
(3) 母子健康手帳の「出産後の母体の経過」の写し

受 理 印

--

委任状

私（委任者）は、次の者（受任者）に函館市から支払われる産婦健康診査費用助成金の受領にかかるとする権限を委任します。

委任者	氏名	印	受任者	住所
				氏名

(別記第6号様式)

函 子 母
年 月 日

様

函 館 市 長

産婦健康診査費償還払決定通知書

年 月 日付けで申請のあった産婦健康診査費の償還払について、次のとおり決定したので、函館市産婦健康診査事業実施要綱第9条第3項の規定により通知します。

記

- 1 対象となる経費および償還払する額は、次のとおりです。

対象となる経費	償還払する額
円	円

- 2 虚偽の申請その他不正な行為があった場合は、この決定の全部または一部を取り消し、当該取消しに関し既に償還払した金額があるときは、その返還を命ずることがあります。
- 3 償還払した金額の返還を命ぜられ、これを期日までに納付しなかったときは、納付期限の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、その納付金額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した違約遅滞金を市に納付しなければなりません。

（ 子ども未来部母子保健課
TEL 32-1533
FAX 32-1506 ）

(別記第7号様式)

函 子 母
年 月 日

様

函 館 市 長

産婦健康診査費償還払却下決定通知書

年 月 日付けで申請のあった産婦健康診査費の償還払について、次の理由により却下することと決定したので、函館市産婦健康診査事業実施要綱第9条第3項の規定により通知します。

記

理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

（ 子ども未来部母子保健課
TEL 32-1533
FAX 32-1506 ）