

【飯塚市産婦健康診査の実施のお願い】

（医療機関ご担当者様へ）

平素より、母子保健事業にご理解、ご協力をいただきありがとうございます。飯塚市では、令和5年4月1日より「産婦健康診査(産婦健診)」の助成を実施しております。対象者が指定医療機関以外(業務委託契約を締結していない医療機関)で産婦健診を受けられた場合には、償還払いにて対応させていただきます。産婦健診の内容は次の通りです。お手数ですが、ご協力をお願いいたします。

【対象者】

- ・ 受診日において飯塚市に住民票を有するもの
- ・ 飯塚市の産婦健診受診券の交付を受けているもの
- ・ 出産後8週を経過していないもの

【実施回数】

2回(1回目：産後2週頃 / 2回目：産後4週頃 を目安に実施)

【健診内容】

- ◎問診(生活環境、授乳に関する困りごと、育児不安、精神疾患の既往等、服薬歴など)
 - ◎診察(子宮復古状況、悪露、乳房の状態等)
 - ◎体重・血圧測定
 - ◎尿検査(蛋白・糖)
 - ◎こころの健康チェック
(産婦が持参)
- | | |
|-----|----------------------|
| I | 育児支援チェックリスト |
| II | 赤ちゃんへの気持ち(ボンディング)質問票 |
| III | エジンバラ産後うつ(EPDS)質問票 |

※上記すべて受診ごとに必須項目です。受診の際に実施がない場合、償還払いの対象外となります。

【費用】

貴医療機関が定める産婦健診費用を産婦に全額自己負担していただきます。

後日、産婦の償還払い申請に基づき対応します。助成額は、飯塚市の上限額(1回5,000円)☒と産婦健診の自己負担額(保険診療の自己負担金を除く)を比較して少ない方の金額となります。なお、お子さんの健診費用の助成はありません。

【健診の流れについて】

- ①産婦が持参される産婦健診受診券をご確認下さい。
- ②産婦健診を実施し、産婦健診受診券へ記載。親子健康手帳(母子健康手帳)のP15『出産後の母体の経過』に検査結果などを記載して下さい(裏面参照)。
- ③産婦健診の結果、支援が必要な産婦と判断された場合は、飯塚市へ連絡または産婦健診結果票の『市への連絡事項』への記載をお願いします(裏面参照)。
- ④産婦が費用を支払われたら、領収書及び明細書と産婦健診受診券(1枚目：請求用)を産婦へお渡し下さい。こころの健康チェックの質問票の返却は不要です。
- ⑤産婦健診受診券(2枚目：健診機関控用)は貴医療機関で保管して下さい。

産婦健診受診券記載方法（令和8年4月1日より配布予定の産婦健康診査受診券）

□親子健康手帳（母子健康手帳）P15『出産後の母体の経過』欄（下表参照）に、産婦健診の項目と検査結果を記載してください（EPDS等の点数は未記載でも可）

□産婦が持参する産婦健康診査受診券の【健診結果】（右表参照）の記載をお願いいたします。

1枚目：請求用⇒産婦に返却
2枚目：健診機関控用⇒貴院にて保管

出産後の母体の経過

産後 日月数	子宮 復古	悪露	乳房の 状態	血圧	尿蛋白	尿糖	体重	備考
	良・否	正・否					kg	
	良・否	正・否						
	良・否	正・否						
	良・否	正・否						
	良・否	正・否						

こころの健康チェックの質問票は返却不要です。
点数は受診券に記載してください。

産婦健康診査受診券

○太神内は産婦さんご本人で記入してください。

住民票のある市町名					
産婦氏名	生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日			
出産日	令和 年 月 日				
住民票のある住所	福岡県 電話				

※母子保健法第17条により、健診結果に基づき市町の担当課から連絡することがあります。

○健診結果（下記は健診機関の方が記入してください。）

健診種別	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目（産後 週 日）				
健診年月日	令和 年 月 日				
母の 状態	血圧	/	尿 蛋白 検査	- ± + 2+ 3+	
	体重	kg	糖	- ± + 2+ 3+	
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否	悪露 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否
赤ちゃんへの 気持ち質問票	() 点	EPDS	() 点	うち質問10 () 点	
判定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 産後ケア事業案内 <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介 ()				
市町への 連絡事項	<input type="checkbox"/> 特になし 裏面あり <input type="checkbox"/> 情報提供 連絡済 ()				
健診機関名：					
所在地					
担当医師名 (担当助産師名)					

(請求用)

●自治体へ電話連絡が必要な場合

【母の問題】

- ・EPDS9点以上
- ・EPDSの№10設問該当
- ・精神的不安定（流涙・不安が強いなど）

【児の問題】

- ・発育増加不良
- ・虐待リスクが高い

●特記事項がある場合

□「市町への連絡事項」欄の空白部分に「裏面あり」と記載してください。

□受診券の裏面に特記事項の内容を記載してください。

- ・若年（高校生以下）
- ・理解力・育児手技・育児能力等に問題あり
- ・愛着形成乏しい
- ・身なり、風貌等気になる
- ・不安や訴えが多く支援者等がない
- ・経済苦等家庭的に問題を抱えている
- ・その他気になる面がある