

# 川崎市 3 歳児視聴覚検診実施要綱

平成 2 8 年 8 月 3 1 日

2 8 川ここ福第 5 3 5 号決裁

(目的)

第 1 条 この要綱は、幼児の視聴覚について検診を実施し、その異常を早期に発見し、適切な療育が受けられるよう指導することによって、幼児の健康の保持増進を図ることを目的とする。

(事業の委託及び実施)

第 2 条 3 歳児視聴覚検診（以下「本事業」という。）は、川崎市が委託した事業者（以下「委託事業者」という。）が実施するものとする。

(事業対象者)

第 3 条 本事業の対象者は、市内に住所を有し、満 3 歳 6 か月を超え満 4 歳に達しない者とする。

(事業内容)

第 4 条 本事業の検査内容は、次の各号に掲げる検査の区分に応じ、当該各号に定めるとおりとする。

(1) 1 次検査 視力と聴力の調査票（第 1 号様式。以下「調査票」という。）に掲げる内容

(2) 2 次検査 視力検査記録票（第 2 号様式の 1）及び聴力検査記録票（第 2 号様式の 2）に掲げる内容

(3) 精密検診 視力検査、斜視の検査、眼球運動の検査、聴力検査、及びその他検診の医師が診断に必要と認めた検査

(事業実施方法)

第 5 条 本事業の実施方法は、次の各号に掲げる検査の区分に応じ、当該各号に定めるとおりとする。

## (1) 1次検査

- ア 委託事業者は、各区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）所長（以下「所長」という。）に対し、本事業対象者数の調査票を納入するものとする。
- イ 所長は、検診を受けようとする幼児の保護者に対し、調査票を送付し記入させ、3歳児健康診査等の受診の際に回収し、委託事業者に対し、視聴覚調査実施済証明書（第3号様式）を添え、提出するものとする。
- ウ 委託事業者は、所長から提出のあった調査票を審査し、2次検査対象児を選出するものとする。

## (2) 2次検査

- ア 委託事業者は、2次検査実施日時及び場所を設定し、対象となる幼児の保護者に対し、目の検査のお知らせ（第4号様式の1）又は耳の検査のお知らせ（第4号様式の2）を通知するものとする。
- イ 委託事業者は、検査の結果、異常が認められ、又はその疑いがあり、精密検診を必要とする幼児について、眼科診療依頼状（第5号様式の1）又は耳鼻咽喉科診療依頼状（第5号様式の2）を交付し、精密検診を受けるよう指導するものとする。
- ウ 委託事業者は、2次検査受診者の受診の有無とその結果を一覧にし、所長宛て提出するものとする。

## (3) 精密検診

- ア 精密検診は、検診の医師が必要と認めた方法により実施するものとする。
- イ 市は、公益社団法人川崎市医師会と協議の上、精密検診の協力

医療機関名簿を作成するものとする。

ウ 協力医療機関は、精密検診の結果、医療が必要なものについて、自ら治療を行い、又は他の専門機関への紹介等を行うものとする。

エ 協力医療機関は、精密検診の結果について、眼科診療結果（第6号様式の1）又は耳鼻咽喉科診療結果（第6号様式の2）を2部作成し、1部を保護者に交付し、1部を委託事業者に提出するものとする。

オ 委託事業者は、協力医療機関から提出された精密検診の結果一覧を作成し、所長宛て提出するものとする。

（検査結果の報告）

第6条 委託事業者は、検査実施件数及びその結果について取りまとめ、視聴覚検査結果報告書（第7号様式）をもって、こども未来局長に報告するものとする。

（研修の実施）

第7条 委託事業者は、こども未来局長からの求めに応じ、本事業の関係者等を対象として、幼児の視聴覚の発達についての知見の向上及び本事業の精度向上のため、研修を実施するものとする。

（委任）

第8条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、こども未来局長が定める。

附 則

この要綱は、平成28年9月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱に基づき作成された各様式で現に残存するものについては、当分の間、必要な個所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

# 視力と聴力の調査票

(該当個所に○印をつけ、カッコ内に必要なことを書き入れて下さい)

## 視力について

- 今まで次のような目の異常に気がつきましたか？
  - ① 内側に寄ることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ② 外側または上にずれることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ③ 白っぽく見えることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ④ じっと見ている時黒目が揺れていますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
- テレビや物を見るときに以下の項目で気がつくことがありますか？
  - ① 首を曲げて見ることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ② 横目で見ることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ③ 目を細めることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ④ いつもまぶしがりますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ⑤ 明るい所に出たときに片目をつぶることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ⑥ 上目使いに見ることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ⑦ あごを上げて見ることがありますか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ⑧ テレビは離れると見にくそうですか？ ..... ア. はい イ. いいえ
- 現在、眼科に通っていますか？ ..... ア. はい イ. いいえ  
「はい」の方→(診断名: )
- 祖父母、親、兄弟姉妹に弱視・斜視の方がいますか？  
(メガネ・コンタクトレンズ等で視力がでるものは、弱視ではありません)  
..... ア. はい イ. いいえ  
「はい」の方は具体的にご記入ください。例:(兄、斜視)(母、子どものころ弱視だった)  
[ ]
- 視力検査について
  - ① 検査の方法を理解して、片目ずつ検査ができましたか？ ..... ア. はい イ. いいえ
  - ② 視力検査結果(正答は○、誤答は×)

右目	上	下	左	右	左目	上	下	左	右
- その他、目について気になっていることをお書きください。  
[ ]

## 聴力について

1. 聴力検査をしましたか。 ..... ア. はい イ. いいえ  
「はい」の方→下の2と3の検査結果について記入してください。
2. ささやき声の検査結果(正答は○印、誤答は×印)
 

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす
3. 指こすりの検査結果(聞こえたら○印、聞こえなかったら×印)
 

右耳	左耳
4. 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。 ..... ア. はい ( 回) イ. いいえ  
現在、耳鼻科に通っていますか。 ..... ア. はい イ. いいえ
5. 家族・近い親類の方に、小さい時から耳の聞こえの悪い方がいますか。  
(中耳炎又は高熱が原因の場合及び高齢による聴力低下は除く) ..... ア. はい イ. いいえ  
「はい」の方は具体的にご記入ください。  
[ 誰が 病名 ]
6. ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、声がかれる、いびきをかくことがありますか。 ..... ア. はい イ. いいえ
7. 呼んでも返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思う時がありますか。 ..... ア. はい イ. いいえ
8. お子さんに接する人から聞こえが悪いと言われたことがありますか。  
..... ア. はい イ. いいえ
9. 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど気になることがありますか。  
..... ア. はい イ. いいえ  
「はい」の方→どのようなことですか。よろしければご記入ください。  
[ ]
10. あなたの言うことばの意味を口元や表情を見て判断したり、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。 ..... ア. はい イ. いいえ
11. その他、聞こえについて気になっていることをお書きください。  
[ ]

フリガナ 幼児氏名	性別 男・女	生年月日	年 月 日	保護者名
住所〒	電話 ( )	備考 (市町村記入欄)		



## 聴 力 検 査 記 録 票

下の太ワクの中だけご記入ねがいます。

検査日： 年 月 日

No.	検 査 語	dB	dB	dB	dB
		右・左	右・左	右・左	右・左
1	Sakana				
2	Jidosha				
3	Usagi				
4	Tokê				
5	Hasami				
6	Nezumi				
7	Piano				
8	Denwa				
9	Suzume				
10	Terebi				
正 答 数					
備 考	1. 合格 2. 要精検 右耳      d B 左耳      d B				

住所 (〒 ) ・ TEL ( )			
フリガナ 幼児氏名	男 ・ 女	保護者 氏 名	
生年月日	年 月 日		

委託事業者名

## 視聴覚調査実施済証明書

視聴覚調査実施数
件

上記のとおり実施したことを証明します。

年 月 日

施設名

住 所

印



様

## 《耳の検査のお知らせ》

このたび、「視力と聴力の調査票」に御記入いただきましたが、その内容から、下記の通り実施する聴力検査を受けられることをお勧めいたします。

比較的軽い難聴、耳や鼻の病気からくる聴力低下は気づきにくく見過ごされていることが多いです。

お子様に理解しやすい方法で検査をしますので、この機会に是非お受けください。

検 査 日 :                    年    月    日 (    )

受付・検査時間 :            時    分～    時    分

場            所 :  
                  <住所>

費            用 :    無    料

持    ち   物 :    ①耳の検査のお知らせ (本状)  
                  ②母子健康手帳

川崎市こども未来局

- 日程変更等、問い合わせは下記まで御連絡ください。  
(検査当日もこちらへお願いします)

委託事業者名  
連 絡 先

## 眼科診療依頼状

(委託事業者)は、川崎市からの委託により視聴覚検査事業を行っています。下記幼児は、地域みまもり支援センター・休日急患診療所等で行った視力等の選別検査の結果、精密検査を要すると認められました。ご高診のほどよろしくお願いいたします。

なお、まことに恐縮ですが、貴院の診察結果を右の用紙に記入の上、保護者にお渡しください。

氏名		男・女	年 月 日生
<p>◎ <b>検査結果</b></p> <p>裸眼視力 <span style="margin-left: 150px;">その他特記事項</span></p> <p>右=</p> <p>左=</p>			

年 月 日

(委託事業者名・医師名・連絡先等)

## 耳 鼻 咽 喉 科 診 療 依 頼 状

(委 託 事 業 者) は、川崎市からの委託により視聴覚検査事業を行っています。下記幼児は、地域みまもり支援センター・休日急患診療所等で行った単語による聴力の選別検査の結果、軽度の難聴あるいは、耳鼻咽喉科的疾患の疑いがあると思われまますので、ご高診のほどよろしく願いいたします。

なお、まことに恐縮ですが、貴院の診察結果を右の用紙に記入の上、保護者にお渡しください。

氏名		男・女	年 月 日生
<p>◎ <b>検査結果</b></p> <p>語音による選別聴力検査の結果                      その他特記事項</p> <p>右耳                      dB</p> <p>左耳                      dB</p>			

単語による選別結果は検査語 10 個のうち、40dB で 8 個以上できていれば合格としています。本児は上記音圧で 8 個以上の正答数が得られました。

年            月            日

(委託事業者名・医師名・連絡先等)

# 眼科診療結果

(委託事業者郵送用)

氏名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

地域みまもり  
支援センター管内

〔該当する項目に○印を、カッコ内には必要事項をご記入ください。〕 診察年月日 年 月 日

## 《 視 力 》

右= ( ) 左= ( )

## 《 屈折異常の有無 》

右 眼	左 眼
1.正視	1.正視
2.遠視	2.遠視
3.遠視性乱視	3.遠視性乱視
4.近視	4.近視
5.近視性乱視	5.近視性乱視
6.雑性乱視	6.雑性乱視

※弱視について (有・無)

※調節緊張症

## 〔 眼位異常 眼球運動障害 〕

- 1.内斜視
- 2.外斜視
- 3.上斜視
- 4.下斜筋過動症
- 5.異常なし
- 6.その他 ( )

## 《その他の眼疾患》

- 1.眼瞼下垂
- 2.内反症
- 3.眼球振盪症
- 4.その他 ( )

## ◎今後の処置

- 1.眼鏡装用
- 2.弱視治療
- 3.手術
- 4.点眼療法
- 5.経過観察
- 6.必要なし
- 7.その他 ( )

貴院名

保護者の方へ -----▶ (委託事業者) 郵送用は、返信用封筒に入れて投函して下さい。

## 耳 鼻 咽 喉 科 診 療 結 果

(委託事業者郵送用)

氏 名 \_\_\_\_\_ 年 月 日

地域みまもり  
支援センター管内

〔 該当する項目に○印を、カッコ内には必要事項をご記入ください。 〕 診療年月日 年 月 日

### 診 断 名

1. (右・左) 滲出性中耳炎又は中耳カタル
2. (右・左) 耳管狭窄症
3. (右・左) \_\_\_\_\_ 性中耳炎
4. 慢性鼻炎・副鼻腔炎
5. アデノイド増殖症
6. (急・慢) 性扁桃炎
7. 扁桃肥大
8. (右・左) 伝音難聴
9. (右・左) 混合難聴
10. (右・左) 感音難聴
11. 耳垢栓塞
12. その他  
( \_\_\_\_\_ )
13. 異常なし

平均聴力レベル  
右 ( ) dB  
左 ( ) dB

### 処 置

1. 通院加療
2. 手 術  
(術名 \_\_\_\_\_ )
3. 経過観察
4. 必要なし
5. そ の 他  
( \_\_\_\_\_ )

貴 院 名

**保護者の方へ** -----▶ (委託事業者) 郵送用は、返信用封筒に入れて投函して下さい。

