

川崎市産婦健康診査事業実施要綱

令和5年11月16日

5川こ児第4253号

市長 決 裁

(目的)

第1条 産後うつの予防や新生児への虐待予防を図るため、産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（以下「産婦健康診査」という）に係る費用を助成することにより、産後の初期段階における支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目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 本事業の対象者は、産婦健康診査受診時に本市内に住所を有する産婦で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

(1) 川崎市保健所長に母子保健法第15条に基づく妊娠の届出（以下「妊娠の届出」という。）を行った者

(2) 本市以外の市町村（特別区を含む。）において妊娠の届出を行った後、受診時まで本市内に転入しており、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第22条に基づく転入の届出を区長に行った者

2 前項に定める対象者のほか、市長が特に必要と認めた者については、本事業の対象とすることができるものとする。

(実施機関)

第3条 産婦健康診査は、公益社団法人川崎市医師会（以下「医師会」という。）に委託し、医師会に所属する医師が従事する病院又は診療所において実

施する。

- 2 本事業について、市長が必要と認めた場合は、前項に定める産婦健康診査の実施機関（以下「健康診査実施機関」という。）以外の病院、診療所又は助産所と本事業の実施に関する協定を締結することで、当該機関（以下「健康診査協力機関」という。）において、産婦健康診査を実施させることができる。

（産婦健康診査の内容）

第4条 産婦健康診査の内容は、次の各号に定めるものとする。

- （1）健康状態・育児環境の把握（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴、子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）
- （2）体重・血圧測定
- （3）尿検査（蛋白・糖）
- （4）エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）
- （5）その他健康診査実施機関又は健康診査協力機関（以下「実施機関等」という。）が必要と判断する検査等

（産婦健康診査の実施時期）

第5条 実施機関等は、概ね出産後2週間及び1か月の時期に産婦健康診査を実施することができる。ただし、特別な事情によりその時期に産婦健康診査を実施することができないときは、出産後60日以内のできるだけ早い時期に実施することとする。

（費用の助成）

第6条 市長は、実施機関等で受けた健康保険の対象外となる産婦健康診査に要した費用に対し、対象者1人につき産婦健康診査2回までを対象とし、産婦健康診査1回につき5,000円を上限に助成するものとする。ただし、

当該健康診査に要した費用がこれに満たないときは、その額とする。

- 2 産婦健康診査に係る助成は、対象者が、川崎市産婦健康診査費用受診券（産後2週間健診）（第1号様式）（以下「受診券①」という。）、川崎市産婦健康診査費用受診券（産後1か月健診）（第2号様式）（以下「受診券②」という。）に所定の事項を記入して、実施機関等に提出し産婦健康診査を受けた場合において、市長が助成費用を当該実施機関等に支払うことにより行うものとする。

（受診券の交付）

第7条 対象者に対し、受診券①及び受診券②（以下「受診券」という。）を母子健康手帳とあわせて交付する。

- 2 第2条第1項第2号に定める対象者には、他の地方公共団体において産婦健康診査を受けていない場合にあっては、本市に転入の届出をしたのちに、受診券を交付する。

（受診券の利用方法）

第8条 受診券を利用しようとするときは、受診券に所定の事項を記入して実施機関等に提出するものとする。

- 2 前項の規定により産婦健康診査を受診した対象者は、受診に要した費用から第6条に規定する助成金額を控除した額を、実施機関等に支払うものとする。
- 3 受診券を利用する際に、対象者はエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）を受診する実施機関等に提出し、結果に基づき、必要に応じて実施機関等から指導、支援を受けるものとする。

（産婦健康診査の実施方法）

第9条 前条の規定に基づき受診券の提出を受けた実施機関等は、第4条に基

づき産婦健康診査を行うものとする。ただし、受診券①の提出を受けて行う産婦健康診査は、同条第1号、第2号及び第3号に規定する項目を実施しないことができる。

- 2 助産所における産婦健康診査は嘱託医師の指示のもとに実施し、その結果を当該医師に報告するものとする。

(費用の請求)

第10条 健康診査実施機関が第6条の規定に基づいて、産婦健康診査を実施した場合は、同条第1項に規定する額に産婦健康診査1回につき事務手数料200円を加えた額を、費用として算定するものとし、川崎市産婦健康診査請求明細書兼決定通知書(第3号様式)及び川崎市産婦健康診査受診券額未満利用時明細書(第4号様式)を作成し、本市と医師会との契約に定めるところにより市長に費用を請求するものとする。

- 2 健康診査協力機関が第6条の規定に基づいて、産婦健康診査を実施した場合は、同条第1項に規定する額に産婦健康診査1回につき事務手数料200円を加えた額を、費用として算定するものとし、別に定めるところにより市長に費用を請求するものとする。

(費用の支払い)

第11条 市長は、前条第1項の規定に基づき費用の請求を受け、その請求内容が適当と認められた場合、本市と医師会との契約の定めるところにより費用を支払うものとする。

- 2 市長が前条第2項の規定に基づき、費用の請求を受けたときの健康診査協力機関への費用の支払いについては、別に定めるところによるものとする。

(償還払い)

第12条 市長は、対象者が実施機関等以外の医療機関等において第5条で規

定する時期に産婦健康診査を受けた場合のほか、第6条第2項による助成を受けていない場合、対象者が産婦健康診査を実施した医療機関等に支払った産婦健康診査に係る費用を第6条第1項に定める額を上限に助成することができる。この場合において、対象者は、産婦健康診査を受けた日から起算して1年以内に、川崎市産婦健康診査費用助成申請書（第5号様式）に次に掲げる書類を添えて、第6条第1項に規定する額を限度として産婦健康診査の費用を市長に請求できるものとする。

- (1) 医療機関等により産婦健康診査の結果が記載された受診券の写し
- (2) 産婦健康診査を実施した医療機関等が発行した、対象者の氏名、産婦健康診査の費用が記載されている領収書の写し
- (3) 産婦健康診査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳の写し
- (4) 振込先となる金融機関の口座番号等が確認できる書類
- (5) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定による申請は、市長が別に定める方法により川崎市簡易版電子申請サービスを利用して行うことができる。

3 紛失等により対象者が第1項第1号又は第2号の書類を添付できない場合は、川崎市産婦健康診査受診証明書（第6号様式）を添付するものとする。

4 市長は、第1項又は第2項の規定による申請を受けた場合は、その内容を審査し、助成の可否を決定して、川崎市産婦健康診査費用助成金交付決定通知書（第7号様式）又は川崎市産婦健康診査費用助成金不承認決定通知書（第8号様式）により対象者へ通知するものとする。

5 市長は、助成を決定する場合において必要があると認めるときは、当該決定に関し必要な事項について申請者に報告を求め、または申請者が受診した

医療機関等に照会するものとする。

6 市長は、助成の交付決定を受けた者に対し、助成する金額を、助成の交付決定を受けた者の指定する口座に振り込むことにより助成を行う。

(助成金の返還)

第13条 市長は、偽りその他不正の手段により助成を受けた者があるときは、その者に対し、すでに助成した額の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(事業の周知)

第14条 市長は、本事業の円滑な実施を図るため、医師会及び医療機関等その他関係団体の協力を得ながら、市民に対して本事業の周知徹底を図るものとする。

(事後指導)

第15条 医療機関等は第9条による産婦健康診査の結果、医療処置を要する対象者については、必要な医療処置が円滑に行われるよう指導するものとする。

2 医療機関等は受診した産婦が次の各号のいずれかに該当する場合は、継続支援者として速やかに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）保健所支所長（以下「支所長」という。）に報告しなければならない。

(1) エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の結果が9点以上の場合

(2) エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の質問項目10が1点以上の場合

(3) その他、医師により、継続支援が必要と判断された場合

3 前項の規定の他、支援が必要と判断される対象者に対しては、適宜必要に

応じた対応をしなければならない。対応内容については別途定める。

(医療機関等との連携体制)

第16条 医療機関等は、産婦健康診査の結果、支援が必要と認められる場合、川崎市産婦健診継続支援依頼書（第9号様式）を支所長に送付し、速やかに報告するものとする。

2 前項により報告を受けた支所長は、産婦健康診査の結果を踏まえ、産後ケア事業等の必要な支援を実施しなければならない。また、必要に応じて対象者への支援結果を医療機関等へ報告を行うこととする。

(秘密の保持)

第17条 医療機関等その他の本事業の関係者は、秘密の保持に最大限の配慮を払うとともに、本事業により知り得た秘密を本事業の目的以外に利用しないものとする。

(委任)

第18条 本要綱に規定するもののほか、本事業の実施に関して必要な事項はこども未来局長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和5年11月16日から施行し、令和6年1月1日以降に出産した者の産婦健康診査から適用する。

附 則

この要綱は、令和6年2月9日から施行する。

川崎市産婦健康診査受診券（産後2週間健診）

※川崎市外に住民票を移した日以降は、使用できません。

第1号様式

この券は産後2週間健診を受診する方が利用します。（受診の可否は医師が判断します）

太枠内を御記入の上、産婦健康診査実施機関に御提出ください。

ふりがな											母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載のもの)									
産婦氏名																				
生年月日												電話番号								
住所	(お住まいの区に○をつけてください) 川崎区 幸区 中原区 高津区 宮前区 多摩区 麻生区																			
※契約締結等のない施設での健診受診のため、受診券を使えなかった場合は川崎市に <u>償還払い</u> の請求ができます。 償還払いの請求をする場合は、請求に必要ですので、必ず結果等を実施機関に記入してもらってください。																				
【実施機関記入欄】 太枠の中の結果等はすべて御記入ください。 産後の日数 <input type="text"/> 日 ※60日を超えた場合は助成対象外です。																				
出産日												実施機関の名称・所在地・医師または助産師の氏名								
実施年月日																				
血圧・体重	□1:実施 / mmg kg □2:未実施																			
子宮復古状況	□1:良 □2:否 □3:未実施																			
悪露	□1:良 □2:否 □3:未実施																			
尿検査たん白	□1:- □2:± □3:+ □4:++ □5:未実施																			
尿検査糖	□1:- □2:± □3:+ □4:++ □5:未実施																			
その他	□1:あり () □2:なし																			
お母さんの 気持ち質問票 (EPDS)	□1:実施 (点) 項目10 (点) ※下線部にチェックが付く場合は右記の手順に沿って③区送付用を添付して送付してください。										二次元コード									
	□2:未実施【□1:治療中・□2:外国人・□3:その他 ()】										医療機関用二次元コード									
総合判定	□1:異常を認めず																			
	□2:助言指導																			
	□3:要観察																			
	□4:要精密検査										病院 科									
	□5:要医療										病院 科									
	□6:治療中										病院 科									
	□7:各区役所地域みまもり支援センターへの連絡事項あり										連絡日 年 月 日									
※7番に該当する場合はお手数ですが、各区役所地域みまもり支援センターにご連絡ください。																				
【実施機関の方へ】																				
※償還払いの御希望の場合も、産婦健康診査の結果等を必ず記入し、産婦に直接お渡しください。																				
※各区役所地域みまもり支援センターの連絡先は表紙を御確認ください。																				

お母さんのこころの健康質問票（産後2週間健診）

産婦健康診査の当日に記入して提出してください。

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元氣ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、**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。必ず10項目全部答えてください。

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

①実施機関控え

川崎市産婦健康診査受診券（産後2週間健診）

※川崎市外に住民票を移した日以降は、使用できません。

第1号様式

この券は産後2週間健診を受診する方が利用します。（受診の可否は医師が判断します）

太枠内を御記入の上、産婦健康診査実施機関に御提出ください。

ふりがな											母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載のもの)								
産婦氏名																			
生年月日												電話番号							
住所	(お住まいの区に○をつけてください) 川崎区 幸区 中原区 高津区 宮前区 多摩区 麻生区																		
※契約締結等のない施設での健診受診のため、受診券を使えなかった場合は川崎市に <u>償還払い</u> の請求ができます。 償還払いの請求をする場合は、請求に必要ですので、必ず結果等を実施機関に記入してもらってください。																			
【実施機関記入欄】 太枠の中の結果等はすべて御記入ください。 産後の日数 <input type="text"/> 日 ※60日を過ぎた場合は助成対象外です。																			
出産日												実施機関の名称・所在地・医師または助産師の氏名							
実施年月日																			
血圧・体重	□1:実施 / mmg kg □2:未実施																		
子宮復古状況	□1:良 □2:否 □3:未実施																		
悪露	□1:良 □2:否 □3:未実施																		
尿検査たん白	□1:- □2:± □3:+ □4:++ □5:未実施																		
尿検査糖	□1:- □2:± □3:+ □4:++ □5:未実施																		
その他	□1:あり () □2:なし																		
お母さんの 気持ち質問票 (EPDS)	□1:実施 (点) 項目10 (点) ※下線部にチェックが付く場合は右記の手順に沿って③区送付用を添付して送付してください。										二次元コード								
	□2:未実施【□1:治療中・□2:外国人・□3:その他 ()】										医療機関用二次元コード								
総合判定	□1:異常を認めず																		
	□2:助言指導																		
	□3:要観察																		
	□4:要精密検査										病院 科								
	□5:要医療										病院 科								
	□6:治療中										病院 科								
	□7:各区役所地域みまもり支援センターへの連絡事項あり										連絡日 年 月 日								
※7番に該当する場合はお手数ですが、各区役所地域みまもり支援センターにご連絡ください。																			
【実施機関の方へ】																			
※償還払いの御希望の場合も、産婦健康診査の結果等を必ず記入し、産婦に直接お渡しください。																			
※各区役所地域みまもり支援センターの連絡先は表紙を御確認ください。																			

お母さんのこころの健康質問票（産後2週間健診）

産婦健康診査の当日に記入して提出してください。

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元氣ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、**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。必ず10項目全部答えてください。

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

②市請求用

川崎市産婦健康診査受診券（産後2週間健診）

※川崎市外に住民票を移した日以降は、使用できません。

第1号様式

この券は産後2週間健診を受診する方が利用します。（受診の可否は医師が判断します）

太枠内を御記入の上、産婦健康診査実施機関に御提出ください。

ふりがな											母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載のもの)									
産婦氏名																				
生年月日												電話番号								
住所	(お住まいの区に○をつけてください) 川崎区 幸区 中原区 高津区 宮前区 多摩区 麻生区																			
※契約締結等のない施設での健診受診のため、受診券を使えなかった場合は川崎市に <u>償還払い</u> の請求ができます。 償還払いの請求をする場合は、請求に必要ですので、必ず結果等を実施機関に記入してもらってください。																				
【実施機関記入欄】 太枠の中の結果等はすべて御記入ください。 産後の日数 <input type="text"/> 日 ※60日を過ぎた場合は助成対象外です。																				
出産日												実施機関の名称・所在地・医師または助産師の氏名								
実施年月日																				
血圧・体重	□1:実施 / mmg kg □2:未実施																			
子宮復古状況	□1:良 □2:否 □3:未実施																			
悪露	□1:良 □2:否 □3:未実施																			
尿検査たん白	□1:- □2:± □3:+ □4:++ □5:未実施																			
尿検査糖	□1:- □2:± □3:+ □4:++ □5:未実施																			
その他	□1:あり () □2:なし																			
お母さんの 気持ち質問票 (EPDS)	□1:実施 (点) 項目10 (点) ※下線部にチェックが付く場合は右記の手順に沿って③区送付用を添付して送付してください。										③区送付用									
	□2:未実施【□1:治療中・□2:外国人・□3:その他 ()】										医療機関用二次元コード									
総合判定	□1:異常を認めず																			
	□2:助言指導																			
	□3:要観察																			
	□4:要精密検査										病院 科									
	□5:要医療										病院 科									
	□6:治療中										病院 科									
	□7:各区役所地域みまもり支援センターへの連絡事項あり										連絡日 年 月 日									
※7番に該当する場合はお手数ですが、各区役所地域みまもり支援センターにご連絡ください。																				
【実施機関の方へ】																				
※償還払いの御希望の場合も、産婦健康診査の結果等を必ず記入し、産婦に直接お渡しください。																				
※各区役所地域みまもり支援センターの連絡先は表紙を御確認ください。																				

お母さんのこころの健康質問票（産後2週間健診）

産婦健康診査の当日に記入して提出してください。

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、**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。必ず10項目全部答えてください。

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

③区送付用

川崎市産婦健康診査受診券（産後1か月健診） ※川崎市外に住民票を移した日以降は、使用できません。

この券は産後1か月健診を受診する方が利用します。
 太枠内を御記入の上、産婦健康診査実施機関に御提出ください。

ふりがな											母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載のもの)									
産婦氏名																				
生年月日												電話番号								
住所	(お住まいの区に○をつけてください) 川崎区 幸区 中原区 高津区 宮前区 多摩区 麻生区																			
※契約締結等のない施設での健診受診のため、受診券を使えなかった場合は川崎市に 償還払い の請求ができます。 償還払いの請求をする場合は、請求に必要ですので、必ず結果等を実施機関に記入をもらってください。																				
【実施機関記入欄】 太枠の中の結果等はすべて御記入ください。 産後の日数 <input type="text"/> 日 ※60日を過ぎた場合は助産対象外です。																				
出産日												実施機関の名称・所在地・医師または助産師の氏名								
実施年月日																				
血圧・体重	□1:実施 / mmHg kg □2:未実施																			
子宮復古状況	□1:良 □2:否 □3:未実施																			
悪露	□1:良 □2:否 □3:未実施																			
尿検査たん白	□1:- □2:+ □3:+ □4:++ □5:未実施																			
尿検査糖	□1:- □2:+ □3:+ □4:++ □5:未実施																			
その他	□1:あり () □2:なし																			
お母さんの 気持ち質問票 (EPDS)	□1:実施 (点) 項目10 (点) ※下線部にチェックが付く場合は右記の手順に沿って③区送付用を添付して送付してください。 □9点以上 □1点以上										産後30日									
	□2:未実施【□1:治療中・□2:外国人・□3:その他 ()】										医療機関用二次元コード									
総合判定	□1:異常を認めず □2:助言指導 □3:要観察 □4:要精密検査 病院 科 □5:要医療 病院 科 □6:治療中 病院 科 □7:各区役所地域みまもり支援センターへの連絡事項あり 連絡日 年 月 日 ※7番に該当する場合はお手数ですが、各区役所地域みまもり支援センターにご連絡ください。																			
【実施機関の方へ】 ※償還払いの御希望の場合も、産婦健康診査の結果等を必ず記入し、産婦に直接お渡しください。 ※各区役所地域みまもり支援センターの連絡先は表紙を御確認ください。																				

お母さんのこころの健康質問票（産後1か月健診）

産婦健康診査の当日に記入して提出してください。

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。
 最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、**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。必ず**10項目**全部答えてください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった () 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 () まったくできなかった 2) 物事を楽しみにして待った () 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 3) 物事が 悪くいった時、自分を不必要に責めた () はい、たいていそうだった () はい、時々そうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () 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、心配したりした () 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 5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた () 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	6) することがたくさんあって大変だった () 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 () 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 8) 悲しくなったり、惨めになったりした () 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 9) 不幸せなので、泣けてきた () 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 () 時々そうだった () めったになかった () まったくなかった
---	--

川崎市産婦健康診査受診券（産後 1 か月健診） ※川崎市外に住民票を移した日以降は、使用できません。

この券は産後 1 か月健診を受診する方が利用します。
太枠内を御記入の上、産婦健康診査実施機関に御提出ください。

Form with fields for: ふりがな, 産婦氏名, 母子健康手帳番号, 生年月日, 電話番号, 住所, 出産日, 実施年月日, 血圧・体重, 子宮復古状況, 悪露, 尿検査たん白, 尿検査糖, その他, お母さんの気持ち質問票 (EPDS), 総合判定, 【実施機関の方へ】

お母さんのこころの健康質問票（産後 1 か月健診）

産婦健康診査の当日に記入して提出してください。

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。
最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、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。必ず10項目全部答えてください。

Questionnaire with 10 numbered items and multiple choice options (A-E) for each item, enclosed in a large box.

②市請求用

川崎市産婦健康診査受診券（産後1か月健診） ※川崎市外に住民票を移した日以降は、使用できません。
 この券は産後1か月健診を受診する方が利用します。
 太枠内を御記入の上、産婦健康診査実施機関に御提出ください。

ふりがな											母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載のもの)									
産婦氏名																				
生年月日												電話番号								
住所	(お住まいの区に○をつけてください) 川崎区 幸区 中原区 高津区 宮前区 多摩区 麻生区																			
※契約締結等のない施設での健診受診のため、受診券を使えなかった場合は川崎市に 償還払い の請求ができます。 償還払いの請求をする場合は、請求に必要ですので、必ず結果等を実施機関に記入をもらってください。																				
【実施機関記入欄】 太枠の中の結果等はすべて御記入ください。 産後の日数 <input type="text"/> 日 ※60日を過ぎた場合は助産対象外です。																				
出産日												実施機関の名称・所在地・医師または助産師の氏名								
実施年月日																				
血圧・体重	□1:実施 / mmHg kg □2:未実施																			
子宮復古状況	□1:良 □2:否 □3:未実施																			
悪露	□1:良 □2:否 □3:未実施																			
尿検査たん白	□1:- □2:+ □3:+ □4:++ □5:未実施																			
尿検査糖	□1:- □2:+ □3:+ □4:++ □5:未実施																			
その他	□1:あり () □2:なし																			
お母さんの 気持ち質問票 (EPDS)	□1:実施 (点) 項目10 (点) ※ <u>下線部</u> にチェックが付く場合は右記の手順に沿って③区送付用を添付して送付してください。 □9点以上 □1点以上										□2:未実施【□1:治療中・□2:外国人・□3:その他 ()】									
総合判定	□1:異常を認めず □2:助言指導 □3:要観察 □4:要精密検査 病院 科 □5:要医療 病院 科 □6:治療中 病院 科 □7:各区役所地域みまもり支援センターへの連絡事項あり 連絡日 年 月 日 ※7番に該当する場合はお手数ですが、各区役所地域みまもり支援センターにご連絡ください。										医療機関用二次元コード									
【実施機関の方へ】 ※ 償還払いの御希望の場合も、産婦健康診査の結果等を必ず記入し、産婦に直接お渡しください。 ※ 各区役所地域みまもり支援センターの連絡先は表紙を御確認ください。																				

お母さんのこころの健康質問票（産後1か月健診）

産婦健康診査の当日に記入して提出してください。

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。
 最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、**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。必ず**10項目**全部答えてください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった () 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 () まったくできなかった 2) 物事を楽しみにして待った () 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 3) 物事が 悪くいった時、自分を不必要に責めた () はい、たいていそうだった () はい、時々そうだった () いいえ、あまり度々ではなかった () 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、心配したりした () 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 5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた () 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	6) することがたくさんあって大変だった () 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 () 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 8) 悲しくなったり、惨めになったりした () 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 9) 不幸せなので、泣けてきた () 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 () 時々そうだった () めったになかった () まったくなかった
---	--

川崎市産婦健康診査請求明細書兼決定通知書

(宛先) 川崎市長

所在地

名称

氏名



(自署もしくは記名押印をお願いします)

年 月中における川崎市産婦健康診査費用

健診種類		件数	単価 (事務手数料込)	金額	決定 (市記入欄)	
					件数	金額
産後2週間 健診	健診費用 5,000円以上		5,200			
	健診費用 5,000円未満		未滿利用時明細書に内訳を御記入ください			
産後1か月 健診	健診費用 5,000円以上		5,200			
	健診費用 5,000円未満		未滿利用時明細書に内訳を御記入ください			
合計						

(注意事項)

- 1 太枠欄に必要事項を御記入のうえ、毎月15日までに御送付ください。
- 2 産婦健康診査費用が補助券額に満たない場合は、別紙の「受診券額未滿利用時明細書」を御記入のうえ、本請求明細書とともに御送付ください。
- 3 実施した川崎市産婦健康診査の受診券2枚目(市請求用)を添付してください。

川崎市産婦健康診査
受診券額未満利用時明細書

☆健診費用が受診券額に満たない場合は、産婦健康診査請求明細書兼決定通知書(第3号様式)に加え、この受診券額未満利用時明細書を添付して御提出ください。

年 月分

	産婦氏名	健診費用	事務手数料 ※1件200円		金額	決定 (市記入欄)
		受診券額未満の利用時に、実際の健診費用を記入ください。	+	健診費用とは別に1件200円の事務手数料を加算ください。		
1			+	200	=	
2			+	200	=	
3			+	200	=	
4			+	200	=	
5			+	200	=	
6			+	200	=	
7			+	200	=	
8			+	200	=	
9			+	200	=	
10			+	200	=	
11			+	200	=	
12			+	200	=	
13			+	200	=	
14			+	200	=	
15			+	200	=	
16			+	200	=	
17			+	200	=	
18			+	200	=	
19			+	200	=	
20			+	200	=	
21			+	200	=	
22			+	200	=	
23			+	200	=	
24			+	200	=	
25			+	200	=	
	合 計				=	

- 1 未満利用時明細書は、必要に応じて複写をお取りいただき、御利用ください。
- 2 未満利用が無い場合は御提出不要です。

(申請日) 年 月 日

(宛先) 川崎市長

川崎市産婦健康診査事業実施要綱第12条の規定により、関係書類を添えて産婦健康診査費用の助成を申請します。

川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

1. 申請者

※1～4の太枠内を記入してください。

母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載のもの)							出産日又は死産・流産した日	年 月 日
フリガナ							生年月日	年 月 日
申請者氏名 (受診者)								
申請者の現住所 連絡先	〒 —						電話	— —

2. 振込先

金融機関名							金融機関コード				
支店名							支店コード				
預金種別	普通	番号					フリガナ				
	当座						口座名義人				
<p>※ 申請者以外の口座に振り込むときは、以下の委任について記入してください。</p> <p>----- 記 -----</p> <p>私は、次の者に産婦健康診査費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p>受任者(口座名義人) 氏名 ④ 委任者(申請者) 氏名 ④</p>											

3. 受診・支払状況

健診の種類	受診年月日	受診費用 (自己負担額)
産後2週間健診	年 月 日	円
産後1か月健診	年 月 日	円

4. 申請に必要な書類 ※送付する前に申請に必要な書類の確認をしてください。(確認欄)

医療機関等により産婦健康診査の結果が記載された「受診券」の写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
産婦健康診査費用が記載された領収書の写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
母子健康手帳「出産後の母体の経過」のページの写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
振込先口座情報がわかるものの写し(預金通帳やキャッシュカード等)	確認欄 <input type="checkbox"/>
川崎市産婦健康診査受診証明書(領収書や受診券の写しを提出できない方のみ)	確認欄 <input type="checkbox"/>

(注意)

※ 御提出いただいた個人情報、産婦健康診査事業以外の目的で利用することはありません。
 ※ 不正な行為により本事業の助成を受けたとき、又は給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部又は一部を返還していただきます。

川崎市受理印

川崎市産婦健康診査受診証明書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

(健診実施機関の名称等)

所在地

施設名

電話番号

担当者名

印

記名押印又は署名

次の産婦健康診査費用助成申請者が、産婦健康診査を受診し費用を支払ったことを証明します。

1 申請者 (申請者記入)

ふりがな		生年月日	年 月 日
申請者氏名			
申請者の現住所 ・電話番号	☎ ()		

2 産婦健康診査受診証明欄

(1) 支払状況

※領収書を紛失した場合は、(1) 支払状況のみ証明を受けてください。

健診の種類	実施年月日	領収日	受診費用 (自己負担額)
□1:産後2週間健診 □2:産後1か月健診	年 月 日	年 月 日	円

(2) 産婦健康診査の記録

健診の種類	□1:産後2週間健診 □2:産後1か月健診
出産日	年 月 日
実施年月日	年 月 日 産後の日数 日
血圧・体重	□1:実施 / mmg kg □2:未実施
子宮復古状況	□1:良 □2:否 □3:未実施
悪露	□1:良 □2:否 □3:未実施
尿検査たん白	□1:- □2:± □3:+ □4:++ □5:未実施
尿検査糖	□1:- □2:± □3:+ □4:++ □5:未実施
その他	□1:あり () □2:なし
お母さんの 気持ち質問票 (EPDS)	□1:実施 (点) 項目10 (点) □2:未実施【□1:治療中・□2:外国人・□3:その他 ()】
総合判定	□1:異常を認めず □2:助言指導 □3:要観察 □4:要精密検査 _____ 病院 _____ 科 □5:要医療 _____ 病院 _____ 科 □6:治療中 _____ 病院 _____ 科 □7:各区役所地域みまもり支援センターへの連絡事項あり

(備考) 1 本証明書は償還払い申請時に、健診機関発行の領収書又は受診券を紛失した場合等に提出が必要となります。

2 本証明書発行の手数料等がかかる場合の費用については、申請者の自己負担となります。

年 月 日

様

川崎市長

川崎市産婦健康診査費用助成金交付決定通知書

年 月 日付で申請のあった川崎市産婦健康診査費用の助成
について、次のとおり決定し、振り込む手続きをしましたので、通知します。

助成することとした金額 金 円

※上記金額は、指定された口座に振り込まれますが、入金されるまで数日かかることがあります。

お問合せ先

年 月 日

様

川崎市長

川崎市産婦健康診査費用助成金不承認決定通知書

年 月 日付で申請のあった川崎市産婦健康診査費用助成金の助成について、不承認としたので通知します。

不承認とした理由	
----------	--

お問合せ先

川崎市産婦健診 継続支援依頼書

(宛先)

川崎市保健所 _____ 支所長

病院長

今後の支援が必要と思われるので、連絡します。

産婦氏名：	生年月日：	年	月	日
	出産日：	年	月	日

産婦住所：川崎市 _____ 区

1 産婦健診実施結果について（産婦健康診査受診券【③区送付用】を裏面に貼付してください。）

【産婦の状況で当てはまる事項】

- 特定妊婦もしくは特定妊婦と疑われる者からの出生（自宅での養育が極めて不適切である可能性がある）
- 精神症状があり、生活機能障害がある（家事や育児などの日常生活に支援者がいないと成り立たない。）が、悩んでいることを打ち明けられる相談相手がない
- 予期せぬ妊娠で妊娠したことを本人及びパートナー、家族が心から喜び、出産を待ち望んでいる状態でなかった
- 上記以外の理由で自宅での育児に困難があると予測される
- 理由なく来院しなかった母親で、それまでの経過から支援が必要と判断される
- 初回面接から産後1か月までの期間に状況が持続し、継続した支援が必要と判断される
- 精神科等専門機関へ紹介した
- EPDS 9点以上、項目10にチェックがあるが、その他特記事項なし

【自由記載欄】

【児の状況であてはまる事項】

- 疾病（病名： _____ ） 障害（状況： _____ ）
- 養育しにくい（低出生体重・飲みが悪い等） その他（ _____ ）

【自由記載欄】

2 連絡が必要と判断した状況

3 担当者（地域みまもり支援センターから本件について問合せをさせていただく場合の窓口となっていた方）

記載日	年	月	日	担当：	担当：
連絡先	()			(職種： _____)	(職種： _____)

*この連絡票送付についての同意【あり（産婦・夫・その他(_____)・なし】

川崎市産婦健康診査受診券【③区送付用】貼付欄

二次質問で聞き取った内容を受診券③に記入し、こちらに貼付してください。