

魚津市告示第65号

魚津市妊産婦健康診査及び乳幼児健康診査実施要綱の一部改正
について

魚津市妊産婦健康診査及び乳幼児健康診査実施要綱（平成21年魚津市告示
第76号）の一部を次のように改正する。

令和7年3月21日

魚津市長 村椿 晃

改正後	改正前
<p>第1条 - 第5条 (略)</p> <p>(受診票等)</p> <p>第6条 市長は、法第15条の規定により妊娠届書を受理したときは、届出者に対して、法第16条の規定に基づく母子健康手帳の交付を行うとともに、妊婦一般健康診査受診票、妊婦歯科健康診査受診票、<u>産婦健康診査受診票及び1か月児健康診査受診票</u>を交付するものとする。</p> <p>2 - 6 (略)</p> <p>第7条・第8条 (略)</p> <p>(妊婦一般健康診査費等の償還払い)</p> <p>第9条 里帰り出産等やむを得ない理由により、富山県外(国外を除く。)の医療機関等(以下「委託外医療機関」という。)で妊婦一般健康診査、<u>産婦健康診査又は1か月児健康診査</u>を受診しようとする者は、受診前にその旨を市長に申し出るものとする。</p> <p>2 市長は、前項の申出があったときは、各受診票に代えて、次の各号に掲げる区分により、当該各号に掲げる申請書を交付する。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 1か月児健康診査 魚津市1か月児健康診査費助成申請書(様式第4号)</u></p> <p>3 (略)</p> <p>4 前項の支払を行った者は、魚津市妊婦一般健康診査費助成申請書、<u>魚津市産婦健康診査費助成申請書又は魚津市1か月児健康診査費助成申請書</u>に必要な事項を記載し、出産後60日以内に市長に提出するものとする。</p> <p>5・6 (略)</p> <p>第10条 - 第14条 (略)</p> <p>別表第1(第4条関係) 【別記1】</p> <p>別表第2(第4条関係) 【別記2】</p> <p>別表第3(第4条関係) 【別記3】</p> <p>様式第1号(第6条関係) 【別記4】</p> <p>様式第2号(第9条関係) 【別記5】</p> <p>様式第3号(第9条関係) 【別記6】</p> <p>様式第4号(第9条関係) 【別記7】</p>	<p>第1条 - 第5条 (略)</p> <p>(受診票等)</p> <p>第6条 市長は、法第15条の規定により妊娠届書を受理したときは、届出者に対して、法第16条の規定に基づく母子健康手帳の交付を行うとともに、妊婦一般健康診査受診票、妊婦歯科健康診査受診票<u>及び産婦健康診査受診票</u>を交付するものとする。</p> <p>2 - 6 (略)</p> <p>第7条・第8条 (略)</p> <p>(妊婦一般健康診査費の償還払い)</p> <p>第9条 里帰り出産等やむを得ない理由により、富山県外(国外を除く。)の医療機関等(以下「委託外医療機関」という。)で妊婦一般健康診査<u>又は産婦健康診査</u>を受診しようとする者は、受診前にその旨を市長に申し出るものとする。</p> <p>2 市長は、前項の申出があったときは、各受診票に代えて、次の各号に掲げる区分により、当該各号に掲げる申請書を交付する。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>4 前項の支払を行った者は、魚津市妊婦一般健康診査費助成申請書<u>又は魚津市産婦健康診査費助成申請書</u>に必要な事項を記載し、出産後60日以内に市長に提出するものとする。</p> <p>5・6 (略)</p> <p>第10条 - 第14条 (略)</p> <p>別表第1(第4条関係) 【別記1】</p> <p>別表第2(第4条関係) 【別記2】</p> <p>別表第3(第4条関係) 【別記3】</p> <p>様式第1号(第6条関係) 【別記4】</p> <p>様式第2号(第9条関係) 【別記5】</p> <p>様式第3号(第9条関係) 【別記6】</p>

【別記1】

改正後

別表第1（第4条関係）

種 類	内 容
（略）	
5歳児健康診 査	問診、身体測定、診察、保健指導及び専門相談

【別記1】

改正前

別表第1（第4条関係）

種 類	内 容
(略)	

別表第2（第4条関係）

種 類	内 容	
妊婦一般健康 診査	第1回	問診及び診察、子宮底長・腹囲・血圧・ 体重測定、尿化学検査（試験紙による判 定量検査）、子宮頸がん検査（細胞診） 、血液検査、超音波検査 保健指導
	第2回から 第14回まで	問診及び診察、子宮底長・腹囲・血圧・ 体重測定、尿化学検査（試験紙による判 定量検査）、血液検査、クラミジア検査 、超音波検査 保健指導
（略）		
産婦健康診査	全ての産婦に対し、問診及び診察、血圧・体重測定 、尿化学検査（試験紙による判定量検査）、エジンバ ラ産後うつ病質問票（EPDS）	
1か月児健康 診査	診察、身体計測、疾病状況の確認、保健指導	
乳児一般健康 診査	診察、身体計測、運動発達の確認、保健指導	
（略）		

別表第2（第4条関係）

種 類	内 容	
妊婦一般健康 診査	第1回	問診及び診察、子宮底長・腹囲・血圧・ 体重測定、尿化学検査（試験紙による判 定量検査） <u>子宮頸がん検査（細胞診）、血色素検 査、血糖検査、血液型（ABO式、Rh式）検 査、不規則抗体検査、HBs抗原検査、HCV 抗体検査、風しん抗体検査、梅毒反応血 清検査、HIV抗体検査、超音波検査</u> 保健指導
	第2回から 第14回	問診及び診察、子宮底長・腹囲・血圧・ 体重測定、尿化学検査（試験紙による判 定量検査） <u>HTLV-1抗体検査、血算検査、血糖検査 、GBS検査、クラミジア検査、血色素検査</u> 、超音波検査 保健指導
（略）		
産婦健康診査	全ての産婦に対し、問診及び診察、血圧・体重測定 、尿化学検査（試験紙による判定量検査）、エジンバ ラ産後うつ病質問票（EPDS）	
乳児一般健康 診査	診察、身体計測、運動発達の確認、保健指導	
（略）		

【別記3】

改正後

別表第3（第4条関係）

	種 類	回 数	実 施 時 期
集 団 健 康 診 査	(略)		
	5歳児健康診査	1回	満4歳6か月を超え、満5歳6か月に達しない幼児
個 別 健 康 診 査	(略)		
	産婦健康診査	2回	出産後おおむね2週間経過ころ、出産後おおむね1月経過ころ
	1か月児健康診査	1回	生後おおむね1月経過ころ
	乳児一般健康診査	1回	生後8～10か月の間
	(略)		

【別記3】

改正前

別表第3（第4条関係）

	種 類	回 数	実 施 時 期
集 団 健 康 診 査	(略)		
	(略)		
個 別 健 康 診 査	産婦健康診査	2 回	出産後おおむね2週間経過ころ、出 産後おおむね1月経過ころ
	乳児一般健康診査	1 回	生後8～10か月の間
	(略)		

妊

様式第1号

妊婦精密健康診査受診申請書

妊婦氏名		年 月 日生
居住地	〒	
申請理由	別表第2に規定する健康診査項目	
該当検査項目	別表第2に規定する健康診査項目	
医療機関名		
以上のおり妊婦精密健康診査の受診を申請します。		
年 月 日		
申請者名		
魚津市長 あて		

医療機関へ

妊婦一般健康診査の結果、精密診査の必要な妊婦については、この申請書を記入し、市町村担当窓口へ申請するようにご指導願います。

妊

様式第1号

妊婦精密健康診査受診申請書

妊婦氏名		年 月 日生
居住地	〒	
申請理由	1. <u>妊娠高血圧症候群</u> 2. <u>糖尿病</u> 3. <u>貧血</u> 4. <u>心疾患</u> 5. <u>切迫早産</u> 6. <u>胎盤機能不全</u> 7. <u>その他</u> ()	
該当検査項目	1. <u>心電図検査</u> 2. <u>肝機能検査 (GPT検査、GOT検査)</u> 3. <u>腎機能検査</u> 4. <u>血液理化学検査 (貧血)</u> 5. <u>血球計算</u> 6. <u>尿化学検査 (蛋白定量)</u> 7. <u>その他</u> ()	
医療機関名		
以上のおり妊婦精密健康診査の受診を申請します。		
年 月 日		
申請者名		
魚津市長 あて		

医療機関へ

妊婦一般健康診査の結果、精密診査の必要な妊婦については、この申請書を記入し、魚津市健康センターへ申請するようにご指導願います。

様式第2号（第9条関係）

妊

魚津市妊婦一般健康診査費助成申請書

魚津市長 宛

申請日 年 月 日

申請者住所 魚津市

申請者妊婦氏名

下記のとおり、妊婦一般健康診査を受診したので、費用の助成を申請します。

	年度		記号	魚津	番号		区分		第		回	
(フリガナ) 妊婦氏名							生年月日					
							職業					
居住地	〒 魚津市						世帯主					
							TEL					
発行年月日				発行市町村名	魚津市		市町村コード	1204				
受診年月日	年	月	日	出産予定日	年	月	日	妊娠週数			週	
所 見							妊婦への指示	<input type="checkbox"/> 1. 特になし <input type="checkbox"/> 2. 要指導 <input type="checkbox"/> 3. 要精密検査 <input type="checkbox"/> 4. 要治療				
							市町村への連絡事項	<input type="checkbox"/> 1. なし・ <input type="checkbox"/> 2. あり [連絡事項]				
							<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">別表第2に規定する健康診査項目</div>					担当医師又は助産師名

上記の妊婦一般健康診査料として 金 _____ 円 を領収しました。

年 月 日

医療機関の所在地
名称
開設者氏名
電話番号

【医療機関へ】太枠内をご記入ください。
金額記入欄には、妊婦一般健康診査に要した金額のみを記入してください。（保険診療分は含みません）

様式第2号（第9条関係）

妊

魚津市妊婦一般健康診査費助成申請書

魚津市長 あて

申請日 年 月 日

申請者住所 魚津市

申請者妊婦氏名

以下のとおり、妊婦一般健康診査を受診したので、費用の助成を申請します。

	年度		記号	魚津	番号		区分		第		回	
(フリガナ) 妊婦氏名							生年月日					
							職業					
居住地	〒 魚津市						世帯主					
							TEL					
発行年月日				発行市町村名	魚津市		市町村コード	1204				
受診年月日	年	月	日	出産予定日	年	月	日	妊娠週数			週	
所見							妊婦への指示	<input type="checkbox"/> 1. 特になし <input type="checkbox"/> 2. 要指導 <input type="checkbox"/> 3. 要精密検査 <input type="checkbox"/> 4. 要治療				
							市町村への連絡事項	<input type="checkbox"/> 1. なし・ <input type="checkbox"/> 2. あり [連絡事項]				
							<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">別表第2に規定する健康診査項目</div>					担当医師又は助産師名

上記の妊婦一般健康診査料として 金 _____ 円 を領収しました。

年 月 日

医療機関の所在地
名称
開設者氏名
電話番号

【医療機関へ】太枠内をご記入ください。
金額記入欄には、妊婦一般健康診査に要した金額のみを記入してください。（保険診療分は含みません）



魚津市産婦健康診査費助成申請書

様式第3号 (第9条関係)

魚津市長 宛

申請日 年 月 日

申請者住所 魚津市

申請者産婦氏名

以下のとおり、産婦健康診査を受診したので、費用の助成を申請します。

住 所
(フリガナ)
氏 名
生年月日

【産婦さんへ】

魚津市から他市町村へ転出された場合、この受診票は使用できません。
受診される前に裏面のアンケートを記入してください。
結果に応じ市から連絡することがありますので、あらかじめご了承ください。

交付番号				EPDS	点
発行日	発行市町村名	魚津市		総 合 判 定	※裏面の合計点数を記入ください。
出産日	受診日				1 特になし
産後週数	週 (第 日)				2 要 指 導
所 見	1 血圧	/	mmHg		3 要精密検査
	2 尿検査	蛋白	1.- 2.± 3.+ 4.++~		4 要 治 療
		糖	1.- 2.± 3.+ 4.++~		医療機関名
					診療科
	3 体重	kg			5 要 訪 問
	4 産後の母体				備考
	子宮復古	1. 良 2. 否			
	悪 露	1. 正 2. 否			
	乳房の状態	1. 正 2. 否			
	浮腫	1. なし 2. あり (顔面・下肢・全身)			
	その他	[]		担当医師名・助産師名	
				[]	

上記の産婦健康診査料として 金 _____ 円 を領収しました。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

開設者氏名

【医療機関へ】

太枠内をご記入ください。

裏面のアンケートは必ず実施してください。

金額記入欄には、産婦健康診査に要した金額のみを記入してください。(保険診療分は含みません)

この受診について連絡が必要なときは、下記までお願いします。

魚津市産婦健康診査費助成申請書

産

様式第3号（第9条関係）

魚津市長 あて

申請日 年 月 日

申請者住所 魚津市

申請者産婦氏名

以下のとおり、産婦健康診査を受診したので、費用の助成を申請します。

住 所

(フリガナ)

氏 名

生年月日

【産婦さんへ】

この受診票はH30年7月1日以降に出産された産婦が利用できます。

魚津市から他市町村へ転出された場合、この受診票は使用できません。

受診される前に裏面のアンケートを記入してください。

結果に応じ市から連絡することがありますので、あらかじめご了承ください。

交付番号				EPDS	点
発行日	発行市町村名	魚津市		総 合 判 定	※裏面の合計点数を記入ください。
出産日	受診日				1 特になし
産後週数	週（第 日）				2 要 指 導
所 見	1 血圧	/	mmHg		3 要精密検査
	2 尿検査	蛋白	1.- 2.± 3.+ 4.++~		4 要 治 療
		糖	1.- 2.± 3.+ 4.++~		医療機関名
	3 体重	kg			診療科
	4 産後の母体				5 要 訪 問
	子宮復古	1. 良	2. 否		備考
悪 露	1. 正	2. 否	[]		
乳房の状態	1. 正	2. 否			
浮腫	1.なし 2.あり(顔面・下肢・全身)				
その他	[]				
				担当医師名・助産師名	
				[]	

上記の産婦健康診査料として 金 _____ 円 を領収しました。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

開設者氏名

電話番号

【医療機関へ】

太枠内をご記入ください。

裏面のアンケートを実施されていない場合はこの受診票は無効です。

金額記入欄には、産婦健康診査に要した金額のみを記入してください。(保険診療分は含みません)

この受診について連絡が必要なときは、下記までお願いします。

魚津市1か月児健康診査費助成申請書

※	母子健康手帳	交付年度	
		交付年月日	
		記号番号	

【保護者記入欄】 ※裏面の質問票もご記入ください。

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象児氏名	(男・女)		
対象児住所	富山県	電話番号 (日中の 連絡先)	- -
ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日
保護者氏名			

(受診票について)

- 1 富山県外で受診した場合の助成制度等については、魚津市健康センターにお問い合わせください。
- 2 他市町村へ転出された場合、この受診票は使用できません。転出後の助成等については、新住所地の市町村にお問い合わせください。
- 3 この健康診査の結果については魚津市に報告されることをご了承ください。また魚津市では健康診査に関する個人情報は厳格に管理し取扱いに注意しております。

【医療機関記入欄】 受診日 年 月 日 (月齢：生後 か月 日)

身長	体重	頭囲	栄養法
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">別表第2に規定する健康診査項目</div>			
診 察 所 見	判定		
	診査担当医師名		
	育児環境等		
	心配事		
	栄養		
子育て支援の 必要性の判定			

上記、1か月児健康診査を実施したので下記料金を 年 月 日 領収しました。

金 円

医療機関コード

医療機関の名称

住 所

氏 名

(宛先) 魚津市長

(医療機関へ)

裏面の質問票を実施されていない場合は、この受診票は無効です。
富山県外医療機関での受診の場合、健診料金を保護者に請求し、この受診票を保護者に返却ください。
この受診について連絡が必要なときは、下記へご連絡ください。

<お問い合わせ先> 魚津市健康センター

電話番号0765-24-3999

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。ただし、改正後の第 6 条、第 9 条、別表第 2 の 1 か月児健康診査の項及び別表第 3 個別健康診査の部 1 か月健康診査の項の規定は、令和 7 年 4 月 1 日以降に出生した乳児から適用する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際、旧様式による用紙で現に残存するものは、当分の間所要の調整をして使用することができる。