

福岡医発第 1348 号（地）

令和元年 8 月 21 日

福岡県産婦人科医会
会長 平川俊夫 殿

福岡県医師会
会長 松田峻一良
（公印省略）

北九州市との妊婦健康診査事業に係る変更契約について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、本会と県内市町村との令和元年度妊婦健康診査事業の委託契約につきましては、令和元年 5 月 17 日付け福岡医発第 508 号（地）にてご連絡いたしました。

今般、北九州市より、本年 9 月 1 日より妊娠初期の検査項目に血糖検査を追加し、委託単価を変更することに伴い、別添のとおり標記事業に係る変更契約の締結依頼があり、令和元年 8 月 1 日開催の本会第 13 回全理事会にて協議の結果、変更契約の締結を承認いたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただきますようお願いいたします。

なお、

- 1) 変更内容及び当該助成券の取り扱いにつきましては別紙をご参照ください。
- 2) 請求書につきましては、単価の変更に伴い様式を変更しておりますので、関係医療機関へ本会より送付いたします。
- 3) 本件につきましては、関係医療機関へ本会より通知いたします。

北九州市支第1004号

令和元年 7月22日

公益社団法人福岡県医師会
会長 松田 峻一良 様

北九州市
子ども家庭局長 福島 俊典

妊婦健康診査の検査項目追加について

時下、益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

また、平素より本市母子保健行政の推進に格別のご協力賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、北九州市では令和元年9月1日から妊娠初期の妊婦健康診査の検査項目に「血糖検査」を追加して実施することになりました。

つきましては、お手数ですが、別紙のとおり妊婦健診登録医療機関にご案内いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

また、契約に係る書類を送付させていただきますので、ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、見積書の作成と内容をご確認していただきますようお願い申し上げます。

ご不明な点やご質問等ございましたら、下記担当までお問い合わせください。

【送付書類】

- ・妊婦健康診査の検査項目追加について（協力依頼）
- ・妊婦健康診査項目追加に伴う取り扱いについて（別紙）
- ・助成券見本
- ・妊婦健康診査等請求書
- ・契約書（案）

【お問い合わせ先】

北九州市子ども家庭局子育て支援課
母子保健係 担当：元村、正野
北九州市小倉北区城内1番1号
093-582-2410

妊婦健康診査項目追加に伴う取り扱いについて

1 概要

(1) 追加内容

項 目	実施する週数の目安	単 価
血糖検査	妊娠初期～妊娠23週まで	基本健診 (5,100 円) + 妊娠初期血液検査 (9,650 円) + 血糖検査 (1,550 円) = <u>16,300 円</u>

(2) 対象者

平成31年度の母子健康手帳交付者のうち、令和元年9月1日以降に、北九州市基本健診・妊娠初期血液検査助成券（妊娠初期～妊娠23週）を使って血糖検査を実施する場合。

(3) 助成券の取り扱いについて【別添「助成券見本」参照】

令和元年9月1日以降に、北九州市基本健診・妊娠初期血液検査助成券（妊娠初期～妊娠23週）を使用して、基本健診・検査を実施する場合に対象となります。

検査を実施した場合は、妊婦健康診査助成券の「市町村への連絡事項」欄の連絡事項の括弧内に、「血糖検査済」の記載をお願いします。

※令和元年9月1日以前に使用した助成券は対象となりませんので、ご注意ください。

2 令和元年9月1日以降の請求について

実施報告書に新たに「基本健診・妊娠初期血糖検査（妊娠初期～23週）」の欄に単価16,300円の欄を追加します。請求の際は、検査を実施した助成券と実施していない助成券を必ず区別してご報告いただくようお願いいたします。

なお、検査をしていただいても助成券に記載がない場合は、支払いができない場合がありますので、ご注意ください。

【助成券見本】

基本健診・妊娠初期血液検査助成券（青色）

北九州市 基本健診・妊娠初期血液検査助成券		母子健康手帳番号 ③1
※太線内は、妊婦さんご本人で記入してください。 妊娠初期～妊娠23週		
妊婦氏名		生年月日 <small>昭和 平成</small> 年 月 日
住民票のある住 所		☎
医師の説明を受け、下記の検査を受けることに同意しますか 該当する方に○をつけてください。 同意します 同意しません		
検 査 結 果		出産予定日 年 月 日
血 圧 測 定	～ mmHg	妊 娠 満 週
浮 腫	- ± + ++	判 定
尿 蛋 白	- ± + ++ +++	
尿 糖	- ± + ++ +++	1. 経過順調 2. 要経過観察 3. 要精密 4. 要治療（入院 要 否） （病名）
体 重	kg （妊娠前体重 kg）	
血 液 型	<input type="checkbox"/> 実施	
間接クームス	<input type="checkbox"/> 実施	
血 色 素	g/dl 貧血（無・有）	区 役 所 へ の 連 絡 事 項
梅毒血清反応	<input type="checkbox"/> 実施	1. 特になし 2. 要指導 3. 要訪問 連絡事項 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 血糖検査済 </div>
B型肝炎抗原	<input type="checkbox"/> 実施	
C型肝炎抗体	<input type="checkbox"/> 実施	
HIV抗体価	<input type="checkbox"/> 実施	
HTLV-1	<input type="checkbox"/> 実施	
風疹HI抗体	<input type="checkbox"/> 実施	
健診月日	年 月 日	
健診機関の名称		
担当医師名		
* 上記以外の検査、治療等については、自己負担が生じることがあります。 * この助成券により、連絡または訪問することがあります。 また専門医療機関へ連絡することがあります。		
請求用（区役所控）		

検査実施後
記入してください