



福岡医発第1917号(地)
平成22年12月27日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

妊婦一般健康診査における「HTLV-1 抗体検査」の実施について

今般、妊婦に対する「HTLV-1 抗体検査」が、公費負担により下記のとおり実施されることとなりましたのでご連絡いたします。

つきましては、留意事項等をよくご確認の上、検査を実施下さいますようお願い申し上げます。

なお、関係医療機関へは本会より直接通知いたしております。

また、他県の一部の市町村とも契約を締結する予定ですので、後日ご連絡いたします。

記

1. 委託契約締結市町村

(1) 福岡県内全市町村(60市町村)

2. HTLV-1 抗体検査の留意事項(福岡県内)

(1) 対象：平成23年1月1日以降に母子健康手帳の交付を受けた方

(2) 実施方法：妊婦健診の1回目「基本健診・妊娠初期血液検査」において実施

※平成23年1月1日以降に発行された1回目の補助券に、「□HTLV-1 抗体検査」の印鑑が押印されていますので、検査実施後、「□」にチェックを入れて下さい。

(3) 補助単価：14,690円

※平成22年12月31日までに母子健康手帳の交付を受けた方については、HTLV-1 抗体検査の公費負担はございません。したがって、1回目の補助額は13,840円となります。

【 添 付 資 料 】

別紙1：福岡県における妊婦一般健康診査検査項目・単価表

別紙2：平成23年1月1日以降に交付される補助券見本

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 名取一幸
会長 蒲池 壽

H22年度 妊婦健康診査検査項目及び補助額表(平成23年1月1日～平成23年3月31日)

補助券番号		① 平成22年12月31日ま でに母子手帳の交付 を受けた方	① 平成23年1月1日以降 に母子手帳の交付を 受けた方	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
妊娠週数		8	8	12	16	20	24	26	28	30	32	34	36	37	38	39
基本健診	再診料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	外来管理加算	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	外来栄養食事指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	妊婦健康指導料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	尿化学検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血液検査	血液型 (ABO、Rh血液型)	○	○													
	末梢血液一般	○	○													
	不規則抗体(間接クームス)	○	○													
	梅毒血清反応検査	○	○													
	B型肝炎抗原検査	○	○													
	C型肝炎抗体検査	○	○													
	HIV抗体検査	○	○													
	風疹ウイルス抗体検査	○	○													
	血液学的検査判断料	○	○													
	免疫学的検査判断料	○	○													
	血液採取料等	○	○													
	HTLV-I 抗体検査 ※	×	○													
	貧血							○		○						
	グルコース									○						
超音波検査										○				○		
保健指導(※)		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
健診費用		13,840	14,690	5,040	5,040	5,040	5,040	6,630	5,040	12,960	5,040	5,040	5,040	9,820	5,040	5,040

基本健診	再診料		710 円
	外来管理加算		520 円
	外来栄養食事指導		1,300 円
	妊婦健康指導料		2,250 円
	尿検査		260 円
	合計		5,040 円

※【HTLV-1抗体検査】

- ①平成23年1月1日以降に母子健康手帳の交付を受けた方のみ対象です。
②平成22年12月31日までに交付を受けた方は、公費負担の対象となりません。

HTLV-1抗体検査にかかる妊娠初期検査助成券の見本

平成22年1月1日以降に、北九州市の各区役所生活支援課で母子健康手帳の交付を受けた妊婦さんの初期検査助成券には、下記見本のとおり赤文字で印鑑が押されています（三枚複写全て）。

各検査実施医療機関は、他の検査と同様に検査実施後、印鑑の「口」にチェックをしてください。
 <注意点>

HTLV-1抗体検査の対象となる助成券と、それ以前の助成券では助成金額が違いますので、請求の際は十分ご注意ください。よう、お願いいたします。

北九州市 母子健康手帳番号 22
 妊婦健康診査・妊娠初期血液検査助成券

※本券内は、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	年	月	日
住民票のある住所	〒			
検査結果		出産予定日		
産前測定	～	産後測定	～	産後測定
浮腫	－	＋	＋	＋
尿蛋白	－	＋	＋	＋
尿糖	－	＋	＋	＋
体重	（妊娠前体重）			
血圧	□実施			
問診	□実施			
血色素	□実施			
梅毒血清反応	□実施			
B型肝炎抗原	□実施			
C型肝炎抗体	□実施			
HIV抗体	□実施			
風疹抗体	□実施			
健診月日	平成	年	月	日
健診機関の名称				
所在地				
担当医師名				

赤文字の印鑑
 （複写にも押印されています）

HTLV-1抗体
☐実施

- *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。
- *福岡県内及び下関市内の登録医療機関で使用できます。
- *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。
- *福岡県外で受診する際には、医療機関の窓口でお支払いの上、この助成券（受診済）、領収書を添えて住所市の区役所にて申請してください。

（医療機関控）

この助成券で妊婦健康診査を受けられるときは、母子健康手帳とこの助成券つづりを必ず医療機関、助産所にお見せください。

<助成券の種類と助成対象となる検査項目>

- ・この助成券つづりには5種類の助成券があります。
- ・それぞれの助成券の対象となる検査項目は次のとおりです。
- ・なお、この助成券で受診された場合でも、下記以外の検査費用など、別途医療機関にお支払いが必要な場合があります。
- ・3、4の助成券の使用時期(妊娠30週、37週)はあくまで目安です。主治医の先生の指示に従ってご使用ください。

1.基本健診・妊娠初期血液検査助成券(赤)

基本健診及び血液型、間接クームス、血色素、梅毒血清反応、B型肝炎抗原、C型肝炎抗体、HIV抗体価、風疹抗体

2.基本健診助成券(青)

3.基本健診・貧血・血糖・超音波検査助成券(茶) (妊娠30週頃)

基本健診及び貧血、血糖検査、超音波検査

4.基本健診・貧血検査助成券(紫) (妊娠37週頃)

基本健診及び貧血検査

5.基本健診・超音波検査助成券(緑)

基本健診及び超音波検査

<注意事項>

- 1.この助成券は、本人以外には使用できません。
- 2.この助成券は1回の受診につき1枚利用できます。まとめた利用はできません。
- 3.母子保健法第17条により、健康診査の結果に基づき各区保健福祉センター(保健所)の保健師等が訪問することがあります。
- 4.助成券つづりを紛失した場合、お住まいの区の保健福祉センター健康課で妊娠週数等に応じて助成券を再発行します。その際は、母子健康手帳を必ず持参してください。
- 5.福岡市から他の市町村へ転出された場合、この助成券は使用できません。
転出先の市町村にて、妊婦健康診査についてご相談ください。その際、この助成券つづりと母子健康手帳を必ず持参し、提示してください。

問い合わせ先

福岡市こども未来局こども部地域子育て支援課

電話 092-711-4114 FAX 092-733-5534

福岡市妊婦健康診査

基本健診・妊娠初期血液検査助成券

○太線内は、妊婦さんご本人で記入してください。

妊婦氏名		生年月日	S・H 年 月 日
住 所	福岡市 区	電話	()

検 査 結 果		妊 娠 満 週
血圧検査	~ mmHg	判 定 1. 経過順調 2. 要経過観察 3. 要精密 4. 要治療 (病名.)
浮腫	- ± + ++	
尿検査	蛋白 - ± + ++	
	糖 - ± + ++	
ケトン	- ± + ++	市町村への連絡事項 1. 特になし 2. 要指導(訪問・電話) ()
体 重	kg	
実施した検査 ☒ HTLV-1 抗体検査 (□の中にチェックを入れてください) ☐ 血液型 ☐ B型肝炎抗原 ☐ 間接クームス ☐ C型肝炎抗体 ☐ 血色素 ☐ HIV 抗体価 ☐ 梅毒血清反応 ☐ 風疹HI抗体		
健診月日 平成 年 月 日		
健診機関の名称 所在地 担当医師名 (担当助産師名)		

(注)

- 1 委託先医療機関は、受診月の翌月10日まで各所属医師会へ本票を提出してください。
- 2 上記以外の検査費用など、別途医療機関にお支払いが必要な場合があります。
- 3 母子保健法第17条により、健康診査の結果に基づき各区保健福祉センター(保健所)の保健師等が訪問することがあります。
- 4 この助成券は、福岡県内の委託医療機関及び助産所で使用できます。

医療機関控

基本健診・妊娠初期血液検査補助券

○太線内は、ご本人で記入してください。

1回

住民票のある市町村名	母子健康手帳番号	交付番号	妊娠届出年月日
			年 月 日
妊婦氏名	生年月日	平成 昭和	年 月 日
住民票のある市町村			
検査結果		出産予定日 平成 年 月 日	
血液型	実施	妊娠週	
間接クームス	実施	血圧測定	/ mmHg
血色素	実施	浮腫	- 二 + #
梅毒血清反応	実施	尿検査	蛋白 - 土 + #
B型肝炎抗原	実施	糖	- 土 + # #
C型肝炎抗体	実施	体重	() kg
HIV抗体価	実施	判定	
風疹HI抗体	実施	1. 経過順調 2. 要経過観察 3. 要精密 4. 要治療 (病名,)	
市町村への連絡事項			
HTLV-I抗体	実施		
無・有【 】			
健診月日 平成 年 月 日			
委託健診機関の名称			
所在地			
担当医師名			

上記妊婦の健康診査を依頼します。

市町村長

健診機関の長殿

(健診機関控用) ①

(請求用) ②

(本人控用) ③