

郡山市新生児聴覚検査実施要領

平成 29 年 4 月 1 日 制定

令和 3 年 4 月 1 日 一部改正

令和 5 年 4 月 1 日 一部改正

[こども部こども家庭課]

1 目的

新生児期に聴覚検査を行うことにより、先天性聴覚障がいを早期に発見し、早い段階で適切な療育につなぐことを目的とする。

2 対象者

新生児聴覚検査（以下「検査」という。）実施日において市内に住所を有する新生児とする。

3 検査の種類

自動聴性脳幹反応検査（以下「自動 ABR」という。）または耳音響放射検査（以下「OAE」という。）による次に掲げる検査とする。ただし、保険診療対象の検査を除く。

- (1) 初回検査（原則として出生後入院中に行うもの）
- (2) 確認検査（初回検査で要再検となった場合に受ける検査で、原則として退院時に行うもの）
- (3) 再確認検査（確認検査で要再検となった場合に受ける検査で、原則として 1 か月児健康診査時に行うもの）

4 実施方法

市長は、検査を福島県医師会の指定する自動 ABR または OAE を有する医療機関（以下「受託医療機関」という。）に委託し、実施するものとする。ただし、受託医療機関以外で検査を受けることも可能とする。

5 受検方法

受検の際、対象者の保護者（以下「保護者」という。）は、新生児聴覚検査受検票（第 1 号様式）及び新生児聴覚検査結果通知書（第 2-1 号様式、第 2-2 号様式、第 2-3 号様式）（以下「通知書」という。）を受託医療機関に提出する。受託医療機関は、あらかじめ本検査の趣旨等について保護者に十分説明し、同意を得た上で検査を実施する。

6 検査結果の説明及び報告

受託医療機関は、保護者に対して検査結果を説明し、同意を得た上で母子健康手帳に検査結果を記録し、又は検査結果の写しを貼付するとともに、検査結果を通知書により福島県国

民健康保険団体連合会を経由して市長に報告するものとする。報告期限等については、別途契約書により定めるものとする。

また、検査の結果、精密聴覚検査が必要と認められた新生児については、新生児聴覚検査精密聴覚検査依頼票（第3号様式）により精密聴覚検査機関へ紹介するものとする。

精密聴覚検査機関は、検査結果について新生児聴覚検査精密聴覚検査結果票（第4号様式）により市長に報告するとともに、検査の結果、異常があると認められた新生児については、保護者に対し十分な説明と助言指導を行うとともに、療育を行うことが可能な機関を紹介するものとする。

7 検査費用の助成

市は、検査に係る以下の費用の一部を助成する。助成対象者は原則対象者の母とする。

(1) 自動 ABR : 1回 8,500 円を上限とする。

(2) OAE : 1回 3,000 円を上限とする。

ただし、再確認検査で要再検となった場合に受ける精密検査は、助成の対象としない。

8 助成費用の支給方法

(1) 受託医療機関で受検した場合

保護者は受託医療機関に対し検査に係る経費から助成額を差引いた金額を支払うものとする。なお、受託医療機関への委託料の支払いについては、別途契約書により定めるものとする。

(2) 受託医療機関以外で受検した場合

保護者が支払った検査に係る費用のうち助成額分について、以下の方法により助成する。

ア) 保護者は受託医療機関以外の医療機関に検査費用の支払いをしたときは、市長にその費用のうち、助成額を上限に請求することができる。

イ) 前項の規定による請求をしようとする保護者は、新生児聴覚検査費助成申請書(第5号様式)に、検査日及び検査機器を確認できるもの、医療機関が発行する検査費用がわかる領収書及び診療明細書を添えて市長に提出するものとする。

ウ) 市長は、前項の申請書を受理した場合はその内容を審査し、助成の可否及び助成額を決定し新生児聴覚検査費助成決定通知書（第6号様式）により、保護者に通知するものとする。

9 その他

この要領に定めるもののほか、新生児聴覚検査の実施に必要な事項については、その都度

定めるものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 平成 29 年 4 月 1 日以降に新生児聴覚検査受検票（第 1 号様式）を持たずに、医療機関において保険診療以外で受検し費用を支払った場合は、市長に対しその費用を請求することができるものとし、受託医療機関で受検した場合にも適用するものとする。

3 前項の請求については、要領 8 の（2）を準用する。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 この要領の施行の際現に改正前の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

新生児聴覚検査結果通知書 (郡山市 確認検査保管用)

郡山市長 様

所在地
医療機関名
氏名

下記の児について新生児聴覚検査の結果を通知します。

妊産婦健康診査 受診票番号		-		-		-		-	
(フリガナ) 児氏名	男・女				年 月 日生				
(フリガナ) 母の氏名					電話番号				
児の住所	郡山市								
保護者署名					児との続柄				
検査結果・今後必要な処置									
	確認検査 (年 月 日)								
検査機器	自動ABR ・ OAE								
右耳	パス ・ 要再検								
左耳	パス ・ 要再検								
検査の結果、精密検査となった場合の精密検査医療機関紹介先 ()									
特記事項									

【受託医療機関の方へ】この用紙は、福島県国民健康保険団体連合会へ提出願います。

年 月 日

精密聴覚検査機関 _____ 御中

(スクリーニング機関名)

所在地

医療機関名

代表者

電話番号

新生児聴覚検査 精密聴覚検査依頼票

下記、児の精密聴覚検査を依頼します。

なお、現在の検査状況は下記のとおりですので、よろしくお願いいたします。

(フリガナ) 児 氏 名		男・女	年 月 日生
児の住民票住所			
保護者電話番号			
検査結果	初 回 検 査 (年 月 日)	確 認 検 査 (年 月 日)	1か月児健診時 再確認検査 (年 月 日)
右 耳	パス ・ 要再検	パス ・ 要再検	パス ・ 要再検
左 耳	パス ・ 要再検	パス ・ 要再検	パス ・ 要再検
出生時体重	g	在 胎 週 数	週 日
出生時の特記すべき 所見・処置 ※該当番号等に○、 必要事項を記入	1 極低出生体重児（出生時体重1,500g未満） 2 重症仮死 3 交換輸血を必要とした黄疸（高ビリルビン血症） 4 子宮内感染（風疹、サイトメガロウイルス、梅毒、トキソプラズマなど） 5 頭頸部の奇形（口蓋裂、副耳など） 6 聴覚障害が合併するといわれている先天異常症候群 7 細菌性髄膜炎 8 先天聴覚障害の家族歴 9 耳毒性薬剤（抗生物質）の使用（アミノグリコシド、ループ利尿薬など） 10 人工換気療法 5日間以上 備考：		
検査担当医師（主治医）			

年 月 日

郡山市長 様

(精密聴覚検査機関名)

所在地

医療機関名

代表者 _____

電話番号

新生児聴覚検査 精密聴覚検査結果票

下記、児の精密聴覚検査結果を報告します。

(フリガナ) 児 氏 名		男・女	年 月 日生
児の住民票住所			
診断結果と対策 ※該当番号等に○、 必要事項を記入	1 聴覚障がいなし 2 片側性聴覚障がい： 右・左 程度 () 3 両側性聴覚障がい： 程度 () 4 経過観察中 所見： 今後の療育機関名：		
市町村への依頼事項 (育児支援の必要性など)			
検査担当医師 (主治医)			

※「新生児聴覚検査 精密聴覚検査依頼票」の写しを添付すること。

新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

郡山市長

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

ふりがな				児の生年月日	年 月 日	
児の氏名				母の生年月日	年 月 日	
母の氏名 (請求者)				母の生年月日	年 月 日	
住 所	〒 ー ー 郡山市 電話番号 ー ー					
振込先	銀行等の名称	本支店名	普通	口座番号		
			当座			
	口座 名義人 (請求者)	フリガナ				
		氏 名				

	1. 初 回 検 査	2. 確 認 検 査 <small>「1. 初回検査」で要再検の場合</small>	3. 再 確 認 検 査 <small>「2. 確認検査」で要再検の場合</small>
検 査 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
検 査 機 器	自動 ABR ・ OAE	自動 ABR ・ OAE	自動 ABR ・ OAE
検 査 結 果	異常なし ・ 要再検	異常なし ・ 要再検	異常なし ・ 要再検
費 用	円	円	円

請求金額は、検査機器が自動 ABR の場合は上限 8,500 円、OAE の場合は上限 3,000 円で記載してください

請求金額	円 ①	円 ②	円 ③
------	-----	-----	-----

請求金額合計 ①+②+③ 円

【添付書類】

- 1 検査日及び検査機器を確認できるもの
- 2 医療機関が発行する検査費用がわかる領収書及び診療明細書

「3. 再確認検査」で要再検であった場合の精密検査結果
(支払とは無関係ですが、今後の支援のために記載してください)

異常なし・異常あり・未実施

申請内容： 承認 ・ 不承認	決定金額： 円	受診日市民確認： できた ・ できない
----------------	---------	---------------------

第6号様式（第8関係）

文 書 番 号
年 月 日

請求者 様

郡山市長

新生児聴覚検査費助成決定通知書

年 月 日付けで申請のあった新生児聴覚検査費助成について、承認することとし、下記金額を助成することを決定したので通知します。

記

助成することとした額 金 円
