

令和8年度 産婦健康診査変更点（記入・請求方法等）について

飯塚市、嘉麻市、桂川町では、産婦健康診査と新生児聴覚検査の結果票を「別冊」（A6サイズ）として作成し、令和8年4月より母子手帳交付時に配布することになりました。令和8年度4月以降に母子手帳を交付された方は、「別冊」で産婦健康診査の請求をお願いします。令和7年度母子手帳交付者については、従来の「産婦健診結果票（A4サイズ）」を使用してください。今年度については、A4サイズとA6サイズの結果票が混在することになり、請求の際にお手数をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

【産婦健康診査】

- ・対象者：受診日に飯塚市、嘉麻市、桂川町に住民票のある産婦
- ・回数：2回（産後2週間を目安に1回、産後1か月を目安に8週を超えない範囲で1回）
- ・内容：問診、診察、体重、血圧測定、尿検査、心の健康チェック（心の健康チェックは必須）
- ・委託料：1回5,000円

【産婦健診結果票（別冊）の記入、請求方法】

令和8年度より交付の産婦健診結果票（別冊）は2部複写です（1枚目：請求用、2枚目：健診機関控用）。

1枚目の「請求用」を各市町へ請求の際に合わせて提出してください。

2枚目の「健診機関控用」は健診実施機関で保管してください。

配布の「産婦健診請求書」と「産婦健診受診券（請求用）」を合わせて翌月15日までに各市町に提出してください。請求書および従来の産婦健診結果票様式は桂川町ホームページからダウンロードできます。

（令和7年度交付の母子健康手帳には産婦健診・新生児聴覚検査の別冊配布はありませんので従来の産婦健診結果票（A4サイズ）に記入してください。）

**産婦健康診査受診券**

住民票のある市町名	○太枠内は産婦さんご本人で記入してください。		
産婦氏名	生年月日	昭和 平成 西暦	年 月 日
出産日	令和 年 月 日		
住民票のある住所	福岡県	電話	

※母子健康法第17条により、健診結果に基づき市町の担当課から連絡することがあります。

○健診結果（下記は健診機関の方が記入してください。）

健診種別	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目（産後 週 日）	
健診年月日	令和 年 月 日	
母の状態	血圧	／ 蛋白 ー ± + 2+ 3+
	体重	kg 尿検査 糖 ー ± + 2+ 3+
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 子宮復古 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 悪露 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否
	赤ちゃんへの気持も質問票	( ) 点 EPDS ( ) 点 うち質問10 ( ) 点
判定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介 ( ) <input type="checkbox"/> 産後ケア事業案内	
市町への連絡事項	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 情報提供 連絡済 ( )	
健診機関名： 所在地 担当医師名 (担当助産師名)		

(請求用)

(1枚目) 請求用

**産婦健康診査受診券**

住民票のある市町名	○太枠内は産婦さんご本人で記入してください。		
産婦氏名	生年月日	昭和 平成 西暦	年 月 日
出産日	令和 年 月 日		
住民票のある住所	福岡県	電話	

※母子健康法第17条により、健診結果に基づき市町の担当課から連絡することがあります。

○健診結果（下記は健診機関の方が記入してください。）

健診種別	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目（産後 週 日）	
健診年月日	令和 年 月 日	
母の状態	血圧	／ 蛋白 ー ± + 2+ 3+
	体重	kg 尿検査 糖 ー ± + 2+ 3+
	乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 子宮復古 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否 悪露 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否
	赤ちゃんへの気持も質問票	( ) 点 EPDS ( ) 点 うち質問10 ( ) 点
判定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介 ( ) <input type="checkbox"/> 産後ケア事業案内	
市町への連絡事項	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 情報提供 連絡済 ( )	
健診機関名： 所在地 担当医師名 (担当助産師名)		

(健診機関控用)

(2枚目) 健診機関控用

\*産婦健診は血圧、体重、尿検査結果、心の健康チェックが必須項目となっています。記載もれがある場合は、お電話で確認をさせていただく場合がありますので記載漏れのないようにお願いいたします。