

(産婦の方へ：この用紙は償還払いで受診される際に、受診先の担当者の方にお渡しください。)

産婦健診

医療機関、助産所の御担当者様

西東京市子ども家庭課

西東京市産婦健康診査実施のお願い

平素より、西東京市の母子保健事業に御理解、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

西東京市では、市民が産後（流産・死産及び人工妊娠中絶を含む）に受診する産婦健康診査について、費用の一部助成を行っています。

市民が本市と委託契約を締結していない医療機関等や助成開始日前に受診する場合、令和8年3月31日以前に妊娠届出されたため受診票の交付を受けていない方が受診する場合で、要件を満たす場合に償還払いで対応しております。

つきましては、大変お手数ではございますが、産婦本人が、この依頼文を持参した際には、下記のとおり御対応くださいますようお願い申し上げます。

こちらのお願いでは、令和8年3月31日以前に妊娠届出されたために受診票の交付を受けていない方の健康診査実施について記しています。

記

1. 産婦が償還払いの対象者であることを確認してください。

以下の条件をすべて満たす方が、償還払いの対象者となります。

- ① 受診日時点で西東京市民である
- ② 分娩予定日が令和8年8月1日以降である
- ③ 産後2か月以内の受診である

2. 「西東京市産婦健康診査アンケート（償還払い用）」の提示を受けてください。

※「西東京市産婦健康診査アンケート（償還払い用）」は産婦本人がお持ちです。お持ちでない場合は、裏面の問合せ先まで御連絡ください。

3. 基本的な検査項目、お母さんの気持ちに関する質問票（EPDS等）を必ず実施してください。

西東京市産婦健康診査アンケート（償還払い用）に記載されているアンケート1（エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS））及びアンケート2（赤ちゃんへの気持ち質問票）について、日本産婦人科医会発行「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」等を参考に問診と結果把握を行っていただきますようお願いいたします。

※産婦の状況により未実施の場合は、母子健康手帳の「出産後の母体の経過」ページの「EPDS等の実施など」欄に「状況により未実施」等と記載してください。

《裏面に続きます。》

5. 「西東京市産婦健康診査アンケート（償還払い用）」に結果の記載及び医療機関等の押印またはサインをしていただき、産婦本人に返却してください。

産婦が西東京市に償還払いの申請をする際に、結果の記載及び医療機関等の押印またはサインがある「西東京市産婦健康診査アンケート（償還払い用）」が必要です。

※受診票に結果を記載することが難しい場合は、母子健康手帳の「出産後の母体の経過」ページに記載してください。

※基本的な検査項目とお母さんの気持ちに関する質問票の両方が実施されていることを確認できる必要があります。

6. 健康診査の結果、行政の支援が必要と判断された場合には、以下の問合せ先に御連絡ください。

西東京市産婦健康診査アンケートの「今後の指導と区市町村への連絡事項」の「区市町村で支援」に○をつけていただき、担当部署に御連絡いただくとともに、受診票1枚目（医療機関控え）の写しをFAX等にて送付していただきますようお願いいたします。

問合せ先

担 当：西東京市 子ども若者部 子ども家庭課 事業庶務係

住 所：〒202-8555

東京都西東京市中町1-5-1 保谷保健福祉総合センター4階

電 話：042-439-3511（事務に関すること）

042-438-4037（保健師への連絡）

F A X：042-439-3681

受付時間：午前8：30～午後5：00（土曜・日曜・祝日・年末年始を除く）

(R8.5)