

札幌市3歳児精密健康診査実施要領

1 趣旨

母子保健法（昭和41年法律第141号）第12条の規定に基づき区保健福祉部が実施した3歳児健康診査の結果、より一層精密に健康診査を要すると認められた3歳児に対して専門の医療機関等に委託し精密健康診査（以下「精密健診」という。）を実施することにより、3歳児の身体の発育及び精神の発達のうち、適切な指導処置を行い、将来にわたる健全なる成長に寄与しようとするものである。

2 実施主体

札幌市

3 実施対象者

区保健福祉部において実施する3歳児健康診査の結果、疾病等の疑いがあり、より精密な健康診査を必要とし、その精密健診を医療機関等に委託又は依頼することが適当なものについて行う。

4 精密健診の実施

精密健診は、各診療科別の専門医師が属する医療機関（以下「委託医療機関」という。）に委託し、又は札幌市児童相談所（以下「児童相談所」という。）に依頼して行うものとする。

5 精密健診の範囲

精密健診は、当該3歳児の診断を確定するに必要な最小限度の診察及び検査等により治療的な措置及び入院を要するものは除く。

6 精密健診の実施方法

(1) 市長は、精密健診を必要とする幼児の保護者に対し、委託医療機関に委託する場合は3歳児精密健康診査受診票（以下「受診票」という。）（様式1-1あるいは様式1-3）を、児童相談所に依頼する場合は受診票（様式1-2）を交付するものとする。

なお、この受診票の有効期間は、発行の日から委託医療機関にあつては1か月間、児童相談所にあつては6か月間とする。

(2) 受診票に基づき精密健診を実施したときは、委託医療機関にあつてはその結果を受診票に記入し、児童相談所にあつては3歳児精密健康診査結果報告書（様式2）を、市長に提出するものとする。

なお、委託医療機関にあつては、原則として精密健診実施月の翌月15日までに提出するものとする。ただし、3月実施分については、速やかに報告するものとする。

7 精密健診費用の支払

市長は、委託医療機関に対し、期限（原則として実施月の翌月15日まで）を過ぎて報告されたもの、又は請求書及び報告書に不備があったもの等を除き、実施結果の報告を受けた月の翌月の末日までに精密健診費用を支払うものとする。ただし、3月実施分については5月末日までに支払うものとする。

8 精密健診に関する事務

区保健福祉部は「3歳児精密健康診査受診票交付台帳」を備え置いて受診票の交付、精密健診の結果等必要事項を記入するものとする。

9 事後指導

区保健福祉部又は児童相談所は、精密健診の結果に基づき必要に応じて当該3歳児の保護者に対して適切な措置を講ずるよう指導するとともに、保健師、児童福祉司等による家庭訪問を行うなど事後措置の徹底を図るものとする。

10 その他

この要領に定めるもののほか、必要な事項は母子保健担当部長が定めるものとする。

附 則

この要領は、昭和42年9月27日より施行する。

附 則

この要領は、昭和53年4月1日より施行する。

附 則

この要領は、平成2年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成9年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成10年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成14年3月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成20年3月31日）

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成25年1月31日）

この要領は、平成25年2月1日から施行する。

附 則（平成26年3月25日）

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（令和元年11月8日）

この要領は、令和元年11月11日から施行する。

附 則（令和3年5月24日）

この要綱は、令和3年5月31日から施行する。

附 則（令和5年2月16日）

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

様式 1

No. _____ 号

3 歳児精密健康診査受診票

乳児氏名 生年月日	<small>(ふりがな)</small>	男・女	年 月 日生	
保護者氏名			電話	
居住地				
有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
精密健康診査 依頼要旨				
	令和 年 月 日 様 (担当医師名) 札幌市 保健センター			
検査(請求)内容	点数	所見または今後の処置		
初診時基本診療料	・	受診結果 1 異常なし 2 経過観察 (診断名) 3 要治療 (診断名) 備考 (検査結果、今後の治療方針について記載してください)		
	・			
	・			
	・			
	・			
	・			
	・			
	・			
	・	被保険者等の別：健保・国保・生保・その他 ()		
	・	区分	社会保険料負担分	請求金額 (窓口徴収相当額)
	・	請求	円	円
	・	(※審査決定)		円
	・	令和 年 月 日		
	・	医療機関名		
	・	医師氏名		
計				

注意 1.精密健診を受けるときは、この票と健康保険証を指定病院の受付に提出してください。
 2.母子健康手帳を持参して、健診内容、結果を記入してもらって下さい。

様式1の2

No. _____ 号

3歳児精密健康診査受診票

対象者氏名 生年月日	(ふりがな)	男・女	令和 年 月 日生
保護者氏名		電話	
居住地			
依頼要旨			
令和 年 月 日 札幌市児童相談所長 様 札幌市 区保健福祉部長 (担当医師名)			

No. _____ 号

3 歳児精密健康診査受診票（眼科用）

幼 児 氏 名 生 年 月 日	(ふりがな) _____	男・女	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生																			
保護者氏名		電話																				
居 住 地																						
有 効 期 限 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで																						
精密健康診査 依 頼 要 旨		上記のお子さんは、3歳児健診において下記の結果となりました。 眼科的精密検査が必要と思われますので御高診、御精査の程よろしく お願い申し上げます。																				
		・簡易視力 アンケート <input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 絵指標が2つ以上見えなかった 右 / 4 左 / 4 <input type="checkbox"/> 検査不可 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> その他 ()																				
		・SVS <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（別紙） <input type="checkbox"/> 判定不可 <input type="checkbox"/> 実施不可 <input type="checkbox"/> 未実施																				
		・その他 ()																				
		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 様 (担当医師名) 札幌市 保健センター																				
所 見	視力・屈折値（測定不可の場合は斜線）																					
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>裸眼視力</th> <th>矯正視力</th> <th>球面度数</th> <th>円柱度数</th> <th>軸</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		裸眼視力	矯正視力	球面度数	円柱度数	軸	右						左						<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>調節麻痺点眼</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> あり</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> </table>	調節麻痺点眼	<input type="checkbox"/> あり
	裸眼視力	矯正視力	球面度数	円柱度数	軸																	
右																						
左																						
調節麻痺点眼																						
<input type="checkbox"/> あり																						
<input type="checkbox"/> なし																						
	その他の所見 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 眼瞼皮膚炎 <input type="checkbox"/> 霰粒腫 <input type="checkbox"/> 麦粒腫 <input type="checkbox"/> 睫毛内反 <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> 眼位異常 <input type="checkbox"/> その他 ()																					
診 断 名	1 屈折異常 右眼 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 近視性乱視 <input type="checkbox"/> 遠視性乱視 <input type="checkbox"/> 混合乱視 左眼 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 近視性乱視 <input type="checkbox"/> 遠視性乱視 <input type="checkbox"/> 混合乱視																					
	2 斜視 <input type="checkbox"/> 内斜視 <input type="checkbox"/> 外斜視 <input type="checkbox"/> 上下斜視 <input type="checkbox"/> 眼筋麻痺 <input type="checkbox"/> その他 3 弱視 <input type="checkbox"/> 不同視弱視 <input type="checkbox"/> 屈折性弱視 <input type="checkbox"/> 斜視弱視 <input type="checkbox"/> 形態覚遮断弱視 4 その他 ()																					
総 合 判 定	1 異常なし 2 経過観察 _____カ月後に、眼科医療機関を受診すること <input type="checkbox"/> 検査不可 <input type="checkbox"/> 定期検査が必要 <input type="checkbox"/> 弱視疑い <input type="checkbox"/> その他 ()																					
	3 要治療 <input type="checkbox"/> 眼鏡処方 <input type="checkbox"/> 輻輳訓練 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 他施設紹介（紹介先 _____）																					
検査（請求）内容		診療報酬明細書の添付の通り： _____ 点																				
被保険者等の別：健保・国保・生保・その他 ()																						
社会保険料負担分： _____ 円		請求金額（窓口徴収相当額）： _____ 円																				
受診年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		医療機関名 医師氏名																				

注意 1. 精密健診を受けるときは、この票と健康保険証を指定病院の受付に提出してください。
 2. 母子健康手帳を持参して、健診内容、結果を記入してもらってください。

