

熊本市新生児聴覚検査事業実施要綱

制定 令和8年3月17日こども局長決裁

(目的)

第1条 この要綱は、新生児の聴覚障がいを早期に発見し、適切な支援につなげることを目的として、熊本市が実施する新生児聴覚検査の公費負担に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 検査の対象となる者は、本市の住民基本台帳に記録されている産婦が出産した新生児とする。

(検査の実施)

第3条 本市が公費負担の対象とする新生児聴覚検査は、次の各号に掲げるものとする。

(1) 出生後に実施する初回検査（自動聴性脳幹反応検査(AABR)又は耳音響放射検査(OAE)による聴覚スクリーニング検査)

(2) 初回検査の結果、要再検査（リファー）となった児に対して実施する確認検査

(検査の時期)

第4条 検査は、出生後の入院期間中に実施することを原則とする。

2 特別の事情により入院期間中に検査ができない場合は、退院後できるだけ早い時期に実施するものとする。

3 前二項にかかわらず、対象者が1歳に達する日を超えて実施された検査は、この事業の対象としない。

(受診票の交付)

第5条 妊娠の届出（母子保健法第15条）に基づき本市が親子（母子）健康手帳を交付する際、新生児聴覚検査受診票（様式第1号）を併せて交付するものとする。

(受診方法)

第6条 新生児聴覚検査は、産婦が親子（母子）健康手帳及び前条に規定する新生児聴覚検査受診票を委託医療機関に提出することにより受診するものとする。

2 前項にかかわらず、里帰り出産その他のやむを得ない事情により委託医療機関以外で新生児聴覚検査（次条において「里帰り検査等」という。）を受診する場合は、この限りでない。

(償還払い)

第7条 市長は、前条第2項に規定する里帰り検査等を受診した保護者に対し、その新生児聴覚検査費用（以下「検査費用」という。）の全部又は一部を、保護者の申請により交付することができる。

2 前項の検査費用の申請及び交付方法その他必要な事項は、市長が別に定める。

(対象者に係る委託医療機関との連携)

第8条 市長及び委託医療機関は、新生児聴覚検査の結果に応じ、早期に必要な支援を行うため、必要に応じて相互に連携を図るものとする。

2 委託医療機関は、受診した対象者が次の各号のいずれかに該当する場合は、速やかに新生児聴覚検査情報提供書（様式第2号）により、市長へ報告するものとする。

(1) 初回検査及び確認検査の結果、いずれもリファー（要再検査）であった場合

(2) その他、委託医療機関が支援を要すると判断した場合

3 前項の報告があった場合、市長は、速やかに対象者の保護者に連絡を行い、保健師等により支援を実施するものとする。

(事後支援)

第9条 市長は、新生児聴覚検査の結果により支援を要すると認められる者について、二次聴力検査機関及び精密聴力検査機関と連携し、精密聴力検査の受診状況の確認その他必要な支援及びフォローアップを行うものとする。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

新生児聴覚検査受診票

受診票記載時には、下敷きをご利用ください
 太枠内は本人が記入してください

保護者氏名		生年月日	年 月 日
新生児氏名 <small>※未定の場合は空欄可</small>		生年月日	年 月 日
住所	熊本市		TEL
		校区	
初回検査日	年 月 日 (生後 日)		
検査機器	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE		
初回検査結果	左耳： <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー		
	右耳： <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー		
確認検査結果 <small>※初回検査でリファーの場合</small>	左耳： <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー		
	右耳： <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー		
尿中CMV核酸検査 <small>※確認検査でもリファーの場合</small>	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施		
特記事項			
上記のとおり検査を実施しました。 医療機関名称 所在地 氏名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">熊本市長 様</div>			

【医療機関の皆様へ】

○熊本県外の医療機関で新生児聴覚検査を受診された場合でも、検査結果等の記入をお願いします。

【保護者の皆様へ】

- 新生児聴覚検査を受けるときは、この票を必ず医療機関に提出してください。
- 里帰り出産など、県外で受診された場合、保険適用外のものに限り熊本市に助成申請できます。
- この票は、初回検査につき1回限りです。
- この票は、市外に転出された方は使用できません。
- 熊本県外の医療機関で新生児聴覚検査を受診された場合

上記検査に要した額は _____ 円です。

出産後に使用するものです。大事に保管してください。
 検査の際に医療機関に提出してください。

新生児聴覚検査情報提供書

年 月 日

熊本市長 様

医療機関名 _____
 担当部署名 _____
 医師名 _____ (担当者: _____)
 電話番号 _____

下記の方について、当院で新生児聴覚検査を実施いたしました。退院後の地域における継続的な支援につなぐため、検査結果等の情報を提供いたします。

ふりがな こどもの氏名	(男・女)	年 月 日生 生後()日
ふりがな 保護者		年 月 日生 ()歳
住所	熊本市 区	
連絡先	(携帯) — —	(自宅) — —
里帰り先住所	里帰りの有無(有・無) ※有の場合は里帰り先住所・電話番号を記載 様方 電話番号 — —	

検査結果 ・ 紹介先	1. 確認検査 <input type="checkbox"/> 右耳：リファー <input type="checkbox"/> 左耳：リファー
	2. 尿中CMV核酸検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
	3. 紹介先医療機関
熊本市への 引き継ぎ事項 (継続支援を要する状況)	
新生児聴覚検査情報提供 結果報告書の送付希望	有 ・ 無 (「有」の場合、熊本市から後日報告書を送付します)

※熊本市への情報提供について、保護者()の了解 (有・無)