

都内妊婦健康診査実施医療機関 各位

東京都福祉局子供・子育て施策推進担当部長
瀬川 裕之
(公印省略)

妊婦健康診査等の単価に関する調査について（依頼）

日頃から、東京都の母子保健事業の推進について、御理解と御協力をいただき厚く御礼申し上げます。
この度都では、都内妊婦健康診査実施医療機関における妊婦健康診査等の単価設定の状況を把握することを目的に、下記のとおり調査を実施いたします。
つきましては、御多忙のところ大変恐れ入りますが、下記のとおり、調査に御協力いただきますようお願い申し上げます。

記

1 依頼事項

(1) 調査事項

別紙調査票のとおり

(2) 回答期限

令和 7 年 9 月 1 2 日（金曜日）

下記 web フォームより御回答いただくか、下記提出先宛に調査票をファクシミリ・メールのいずれかでお送りください。なお、メール送付時の件名は「妊婦健康診査等の単価に関する調査」と御記載ください。

【調査委託会社】株式会社インターネット

電 話：03-6804-9143

ファクシミリ：03-6804-9142

E-mail：ninken@internet-co.jp

【web フォームリンク】

右のQRコードまたは、以下のリンクよりお願いいたします。

<https://forms.office.com/r/yq3MwemT76>



(3) 提出先

本調査は、株式会社インターネットに委託し、実施しています。

(4) 注意事項

- ・ 施設で代表の方お一人が御回答ください。
- ・ 同封の「都が公費負担している検査項目」の一覧を御参照の上、御回答ください。

2 御回答内容の取り扱い

御回答いただいた情報については、都の参考資料とし、対外的に公表はいたしません。

ただし、全体の調査結果は、区市町村、東京都医師会等の関係機関にも情報提供させていただく可能性がございます。

なお、本調査に御回答いただいた医療機関に対しては、今後都から御連絡させていただく場合がございますので御承知おきください。

〔問合せ先〕

東京都福祉局子供・子育て支援部

家庭支援課母子保健担当

電話 03（5320）4372（直通）

妊婦健診等費用に関する調査票

【FAX送信先】 03-6804-9142 (株式会社インターネット 宛)

【基本情報】

医療機関名		
郵便番号		
住所	区市町村	町名以下
電話番号		
ウェブサイトURL		
担当者名	部署・職種名	担当者名

【妊婦健診単価】

	回数	単価① ※1	単価② ※2	都が公費負担している検査項目以外または 公費負担回数以上に実施している検査 ※3	【参考】※4 R7公費負担
1. 妊婦健診【1～14回目】 ★注意事項★ ◎経腹超音波について 経腹超音波の金額は「2. 超音波検査」でご回答いただくため、 <u>単価①・②に含めないでください。</u> ※1：単価①は、貴院で標準的な妊婦健診を実施した場合の金額をご記載ください。 ※2：単価②は、 <u>都が公費負担している検査項目（別紙）のみかつ、都が公費負担している回数内で実施した場合の金額</u> をご記載ください。 （検査項目ごとの金額設定がない場合も、概算で構いませんので算出をお願いします。） ※3：単価①に含まれている検査項目のうち、都が公費負担している検査項目以外をご記載ください。 なお、都が公費負担している検査項目を、公費負担回数以上実施している場合（NSTや経膈超音波を複数回実施など）は、こちらの欄にご記載ください。 ※4：単価①・②には、公費負担単価も含めた金額をご記載ください。	1回目	円	円		11,280円
	2回目	円	円		5,280円
	3回目	円	円		5,280円
	4回目	円	円		5,280円
	5回目	円	円		5,280円
	6回目	円	円		5,280円
	7回目	円	円		5,280円
	8回目	円	円		5,280円
	9回目	円	円		5,280円
	10回目	円	円		5,280円
	11回目	円	円		5,280円
	12回目	円	円		5,280円
	13回目	円	円		5,280円
	14回目	円	円		5,280円
2. 超音波検査 ※5：貴院で経腹超音波検査を実施した場合の金額をご記載ください。（公費負担単価も含む） ※6：貴院で5回以上実施することが標準的な場合は、こちらの欄に実施回数をご記載ください。	回数	単価 ※5			【参考】 R7公費負担
	1回目	円			5,300円
	2回目	円			5,300円
	3回目	円			5,300円
	4回目	円			5,300円
	5回目以上	円			0円
	5回以上実施有の場合、 標準的な実施回数 ※6		☐ 5回 ☐ 6回 ☐ 7回 ☐ 8回 ☐ 9回 ☐ 10回 ☐ 11回 ☐ 12回 ☐ 13回 ☐ 14回 ☐ その他（ ）		
3. 子宮頸がん検診 ※6：貴院で子宮頸がん検診を実施した場合の金額をご記載ください。（公費負担単価も含む）	回数	単価 ※6			【参考】 R7公費負担
	1回目	円			3,400円
4. 新生児聴覚検査 ※7：貴院で新生児聴覚検査を実施した場合の金額をご記載ください。（公費負担単価も含む）	回数	単価 ※7			【参考】 R7公費負担
	1回目	円			3,000円

【その他】

ご意見・ご要望	
※東京都へのご意見・ご要望がございましたらご記載ください。	

都が公費負担している検査項目

令和7年度の妊婦健康診査の検査項目については、下記のとおりです。

妊婦健康診査		検査項目	検査回数
1 回目		問診、体重測定、血圧測定、尿検査（糖、蛋白定性）、血液検査、血液型（ＡＢＯ型、Ｒｈ（Ｄ）型）、貧血、血糖、不規則抗体、ＨＩＶ抗体、梅毒（梅毒血清反応検査）、Ｂ型肝炎（ＨＢｓ抗原検査）、Ｃ型肝炎、風疹（風疹抗体価検査）	1 回
2 ～ 1 4 回目		問診、体重測定、血圧測定、尿検査、保健指導	1 3 回
週数等に応じ、 各回 1 項目に限り検査できる。	クラミジア抗原	1 回	
	経膈超音波	1 回	
	ＨＴＬＶ－１抗体	1 回	
	貧血	2 回	
	血糖	1 回	
	Ｂ群溶連菌	1 回	
	ＮＳＴ（ノン・ストレス・テスト）	1 回	
超音波検査		4 回	
子宮頸がん検診		1 回	