

(保護者の方へ：こちらは1か月児健康診査を実施する医療機関にお渡しください。)

1か月児健康診査 実施のお願い

(医療機関のご担当者様へ)

東京都文京区では、生後1か月程度の乳児が受診する1か月児健康診査について費用助成を行っており、委託契約を締結していない医療機関にて受診され、一定の要件を満たした場合には、償還払いにて対応しております。

つきましては、大変お手数ではございますが、健診を受診する乳児の保護者がこの依頼文と別紙(参考様式)を持参した際には、下記のとおりお取り扱いくださいますようお願い申し上げます。

なお、ご不明な点がございましたら、裏面の問合せ先までご連絡ください。

記

【依頼事項1】

以下に記載の基本的な健診項目を実施してください。

①身体発育状況、②栄養状態、③疾病及び異常の有無、④新生児聴覚検査・先天性代謝異常検査の実施状況の確認、⑤ビタミンK2投与の実施状況の確認及び必要に応じた投与、⑥育児環境や心配事の確認等の実施をお願いいたします。

※ 文京区で使用している受診票の様式は、別紙(参考様式)のとおりです。医療機関にて所定の様式がある場合などは、その様式にて実施していただいて構いません。

その場合には、結果票を保護者へお渡しいただきますようお願いいたします。

【依頼事項2】

健康診査の結果について、母子健康手帳の「1か月児健康診査」のページに、健診の結果をご記入ください。

あわせて、別紙(参考様式)や医療機関所定の様式を使用した場合は、医師記入欄に結果を記載し、産婦へお渡しください。

※ 文書料は償還払いの対象になりません。文書料が発生する場合は、その旨を保護者にご説明ください。

保護者が文京区に償還払いの申請をする際に、文京区において結果が把握できない場合は、1か月児健康診査の費用助成の対象となりません。

【依頼事項3】

健康診査の結果、行政の支援や精密検査が必要と判断された場合、裏面の連絡先へご連絡ください。

ご連絡をいただいた際に、裏面の担当部署の保健師等が連絡事項の聞き取りをさせていただきます。

(保護者の方へ：こちらは1か月児健康診査を実施する医療機関にお渡してください。)

連絡先

※乳児の居住する地域を管轄する保健サービスセンターにご連絡ください。

担当部署	管轄の地域	住所	電話番号
保健サービスセンター	●後楽 1・2丁目 ●春日 1・2丁目 ●小石川 1・2・3・4・5丁目 ●白山 2・3・4丁目 ●千石 1・2・3・4丁目 ●水道 1・2丁目 ●小日向 1・2・3・4丁目 ●大塚 1・2・3・4・5・6丁目 ●関口 1・2・3丁目 ●目白台 1・2・3丁目 ●音羽 1・2丁目 ●本郷 1・2・4・5・6丁目 ●西片 1丁目	〒112-8555 東京都文京区春日 1-16-21 8階北側	03-5803-1807
保健サービスセンター 本郷支所	●白山 1・5丁目 ●本郷 3・7丁目 ●湯島 1・2・3・4丁目 ●西片 2丁目 ●向丘 1・2丁目 ●弥生 1・2丁目 ●根津 1・2丁目 ●千駄木 1・2・3・4・5丁目 ●本駒込 1・2・3・4・5・6丁目	〒113-0022 東京都文京区千駄木 5-20-18	03-3821-5106

【受付時間】 月曜日から金曜日までの午前8時30分から午後5時まで
(祝日、12月29日から1月3日までを除く)

【問合せ先】 文京区健康推進課健康増進係 TEL：03-5803-1961

1か月児健康診査受診票

別紙(参考様式)

住所				電話				
フリガナ				男・女	生年月日	西暦	年 月 日(生後 日)	
乳児氏名								
フリガナ								
保護者氏名				乳児の被保険者番号 (わかる場合のみ記入)				
出生時の状況	体重	g	週数	週 (か月)				
当てはまるものに○をつけてください。								
(1) お乳をよく飲みますか								はい・いいえ
(2) 元気な声で泣きますか								はい・いいえ
(3) 大きな首にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか								はい・いいえ
(4) お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか								いいえ・はい
(5) からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか								いいえ・はい
(6) うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1~3番)が続いていますか								いいえ・はい
(7) あなたの顔をじっとみつめることがありますか								はい・いいえ
(8) 裸にすると手足をよく動かしますか								はい・いいえ
(9) 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか								なし・あり(1日 本)
(10) 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか								なし・あり(1日 本)
(11) 窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか								はい・いいえ
(12) ソファやベッド、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まれないよう工夫をしていますか								はい・いいえ
(13) ゆったりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか								はい・いいえ・何ともいえない
(14) 赤ちゃんをいとおしいと感じますか								はい・いいえ・何ともいえない
(15) 子育てについて不安や困難を感じることはありますか								はい・いいえ・何ともいえない
(16) 子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか								はい・いいえ
(17) (きょうだいがいらっしゃる方へ) きょうだいでのご相談したいことはありますか								いいえ・はい
(18) お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか								そう思う・どちらかといえばそう思う・ どちらかといえばそう思わない・そう思わない
(19) お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなったことがありますか								いいえ・はい
(20) 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか								大変ゆとりがある・ややゆとりがある・ 普通・やや苦しい・大変苦しい
(21) 気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか								いいえ・はい
(22) 物事に対して興味がわかない、心から楽しめない感じがよくありましたか								いいえ・はい
(23) あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか								いいえ・はい
(24) あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか								はい・いいえ
(25) 2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか								はい・いいえ

医療機関 様

○ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。区市町村のフォローを急ぐ場合は、直接区市町村担当課へご連絡ください。

受診年月日	西暦 年 月 日		
身長	体重	頭囲	栄養法
cm	g (増加量 g/日)	cm	母乳 ・ 人工乳 ・ 混合
身体的発育異常		外表奇形	
なし・あり ()		なし・あり ()	
姿勢の異常		なし・あり ()	
皮膚の所見		頭部の所見	
なし・黄疸・血管腫・色素異常・その他		なし・頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常	
頸部の所見		なし・斜頸・その他の頸部腫瘍	
顔の所見		胸部の所見	
腹部・腰背部の所見		1 特異的顔貌 2 目 3 口 4 耳	
1 なし・あり		1 なし 2 胸部の異常	
2 なし・白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等		3 呼吸の異常	
3 なし・口唇裂・口蓋裂		4 心雑音 5 不整脈	
4 なし・小耳症・副耳・耳瘻孔等		1 なし 2 臍(肉芽・ヘルニア)	
四肢の所見		3 腹部腫瘍 4 そけいヘルニア	
神経学的異常		5 仙骨部の異常	
1 なし・運動制限・内反足		1 リスク因子なし 2 股関節開排制限	
2 なし・モロー反射異常・筋トーン異常		3 大腿/そけい皮膚溝の非対称・家族歴・女兒・骨盤位分娩	
新生児聴覚検査		先天性代謝異常等検査結果確認	
1 正常 2 要精査(精査中・精査未) 3 未		便色カード	
【2要精査の場合】先天性サイトメガロウイルス検査 1 済 2 未		ビタミンK ₂ 投与	
育児環境等の所見		心配事	
1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密) 5 要紹介(要治療)		1 異常なし 2 異常あり	
2 異常なし 3 異常あり		番	
3 異常あり		番	
4 異常あり		番	
5 異常あり		番	
その他()		良 ・ 要指導	
その他()		良 ・ 要指導	
総合判定			
1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密) 5 要紹介(要治療)			
紹介先 ()			
今後の指導と区市町村への連絡事項			
1 当院で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介)			
2 区市町村で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介)			
3 他機関管理中 ()			
4 その他			
1か月児健康診査の結果は上記のとおりです。			
西暦 年 月 日			
所在地		医療機関コード	
医療機関名			
医師名			