

明石市 1 か月児健康診査 受診結果報告書（償還用）

（利用期間：生後28日～生後6週末満まで）

実施医療機関 御中

明石市こども健康課

里帰りなどで明石市助成券を使用できない医療機関で受診された場合、明石市 1 か月児健康診査事業により、1 か月児健診を受診した児の保護者の方が、健診費用を医療機関等へ支払った後に、明石市に対して償還払いの手続きを行うことができます。

手続きにあたって、この報告書が必要になりますので、貴院において、下記の項目の記載をお願いいたします。

（文書証明料については、保護者本人の負担になります。）

こども	氏名					性別	男 ・ 女	
	生年月日	年	月	日	通知番号 (記入不要)			
身体測定	身長		体重		増加量		頭 囲	
	cm		g		g/日		cm	
判定	栄養法		☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 人工乳					
	（該当する番号を右枠内に記入してください） 1.異常なし 2.既医療 3.要経過観察 4.要紹介（要精密・要治療） 紹介先 ⇒ （ ）					☐		
	健康相談（保護者）							
健康相談（保護者）	育児環境等	☐ 母の心身状態 ☐ その他（ ）						
	心配事	☐ なし ☐ あり（ ）				栄養	☐ 良 ☐ 要指導	
	【指導内容・特記事項】							
請求金額	【子育て支援の必要性の判定】（該当する番号を右枠内に記入してください） 1.特に問題なし 2.保健師による支援が必要 3.その他の支援が必要（ ）							
実施医療機関	健康診査 実施年月日 (西暦)	2 0 年 月 日						
	医療機関名 住所							
	診査医名							

【市使用欄】

通知番号
(保護者)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

【医療機関記入】 ※太枠内は必ず記入してください。

診察所見 ※該当の場合のみ記入してください	①身体的発育異常	☐ あり（ ）		
	②外表奇形	☐ あり（ ）		
	③姿勢の異常	☐ あり（ ）		
	④皮 膚	☐ 黄疸 ☐ 血管腫 ☐ 色素異常 ☐ その他（ ）		
	⑤頭 部	☐ 頭血腫 ☐ 頭囲拡大 ☐ 小頭症 ☐ 縫合異常 ☐ その他（ ）		
	⑥顔 (目・口・耳のいずれかに該当の場合、該当する項目に○をしてください)	☐ 特異的顔貌 ☐ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 ☐ 口：口唇裂・口蓋裂 ☐ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等 ☐ その他（ ）		
	⑦頸 部	☐ 斜頸 ☐ その他の頸部腫瘍 ☐ その他（ ）		
	⑧胸 部	☐ 胸部の異常 ☐ 呼吸の異常 ☐ 心雑音 ☐ 不整脈 ☐ その他（ ）		
	⑨腹部・腰背部	☐ 臍：肉芽・ヘルニア ☐ 腹部腫瘍 ☐ そけいヘルニア ☐ 仙骨部の異常 ☐ その他（ ）		
	⑩四 肢	☐ 四肢の運動制限 ☐ 内反足 ☐ その他（ ）		
	⑪神経学的異常	☐ モロー反射 ☐ 筋トーンス ☐ その他（ ）		
	⑫発育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイからオの2項目以上)	☐ ア：股関節開排制限 ☐ イ：大腿/そけい皮膚溝の非対称 ☐ ウ：家族歴 ☐ エ：女児 ☐ オ：骨盤位分娩		
	⑬その他の異常	☐ あり（ ）		
※記入必須	⑭新生児聴覚検査の実施状況	☐ 正常 ☐ 精査中（右・左） ☐ 未	⑮先天性代謝異常等検査の結果説明	☐ 済 ☐ 未
	⑯便色カード (1番～7番のうち、該当の数字を記入してください)	☐ 番	⑰ビタミンK ₂ の投与	☐ できている ☐ できていない

健診を受けられる児の保護者の方へ

受診前に裏面の問診票を記入してください。

明石市 1 か月児健康診査問診票

【主にお子さんのお世話をなさっている方へ】

お子さんやご家族の様子について、黒の水性または油性ボールペンで、濃くはっきりとご記入ください。□には、☑または数字を入れてください。

【保護者記入】

※太枠内は必ず記入してください。

氏 名 (記入者)			母 ・ 父 ・ その他 ()						
出生時 の状態	在胎週数	出生時体重	記入例 <table><tr><td>4</td><td>0</td></tr></table> 週 / <table><tr><td>3</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table> g	4	0	3	0	0	0
	4	0							
3	0	0	0						
<table><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 週			<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> g						
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	大きな音にピ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番から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 <table><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 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 <table><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 本)						
⑪	窒息の可能性の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、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまうよう工夫をしていますか。		☐ はい ☐ いいえ						
⑬	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。		☐ はい ☐ いいえ ☐ 何とも いえ						
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						

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。	☐ いいえ ☐ はい ☐ 何とも いえ
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) きょうだいのことで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てしまったこと 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、あるいは心か 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
何か相談したいことや心配なことがありましたら、何でもご記載ください。		☐ 【市使用欄】

<同意欄>

- ・この健診等の結果について、明石市へ送付されることに同意します。
- ・不正使用が発覚した場合は、使用助成金額をすべて返還します。

署名