

# 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週未満まで)

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	□□□□ cm		体重	□□□□□ g		増加量	□□□□ g/日	頭囲	□□□□ cm
	栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳								
判定	(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) 5.要紹介(要治療) 紹介先 ⇒ ( )								<input type="checkbox"/>	
健康相談 (保護者)	育児環境等	<input type="checkbox"/> 母の心身状態 <input type="checkbox"/> その他( )								
	心配事	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )			栄養	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導				
	【指導内容・特記事項】									
【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( )										<input type="checkbox"/>
請求金額	□□,□□□□ 円 【上限 6,000円】									
実施医療機関	健康診査実施年月日(西暦)	20	□□	年	□□	月	□□	日		
	医療機関名住所									
	診査医名									

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

【市使用欄】  
通知番号  
(保護者)

□□□□□□□□

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	
	□□ 週	□□□□ g	記入例 4 0 週 / 3 0 0 0 g
①	お乳をよく飲みますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②	元気な声で泣きますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑤	からだか特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑦	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧	裸にすると手足をよく動かしますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 □□ 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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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な工夫をしていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬	あなたは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。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 何ともいえない
⑭	赤ちゃんをいとおいしいと感じますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑰	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのごことで相談したいことはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思わない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある <input type="checkbox"/> ややゆとりがある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや苦しい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> 【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 \_\_\_\_\_