

1 か月児健康診査 実施医療機関の方へ（ご依頼）

明石市では、**令和7年度から**、1 か月児健康診査費用の助成を開始します。

里帰りなどで明石市の助成券を使用できない医療機関で1 か月児健康診査を受診された場合、明石市1 か月児健康診査事業により、受診者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申請を行うことができます。

申請手続きにあたって、貴院で実施された1 か月児健康診査の内容（健康保険適用外）を記載した助成券が必要となります。

大変お手数をおかけしますが、**助成券の提出がありましたら、裏面【4. 医療機関記入箇所】の通りご記入いただき、記入済みの助成券、領収書（及び明細書）を受診者にお渡しください。**

なお、文書証明料については、保護者本人の負担となります。

1. 明石市の1 か月児健康診査費助成券について

助成券の名称	助成上限額	枚数	利用期間
明石市1 か月児健康診査費 助成券（薄紫色）	4,000 円	乳児1人につき、1枚	生後28日から 生後6週未満まで

2. 健診対象者

令和7年4月1日（火）以降に出生し、明石市に住民票のある乳児

※令和7年3月31日以前にお生まれのお子さまは、助成の対象外となります。

3. 医療機関確認箇所（助成券裏面）

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】 【保護者記入】

① 明石 花子 ② 母・父・その他（ ）

出生時 41 週 3012 ㎏ 記入欄 4 0 週 / 3 0 0 0 日

① お乳をよく飲みますか。 ☒ はい ☐ いいえ

② 元気な音で泣きますか。 ☒ はい ☐ いいえ

③ 大きな音にビックリ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ときに顔が紫になることがありますか。 ☒ はい ☐ いいえ

⑤ からだが熱に濡らかいたが寒いと感じたことがありますか。 ☒ はい ☐ いいえ

⑥ うすい顔色、もしくはうすいクリーム色の便（埋色）から3回、1回出ていますか。 ☒ はい ☐ いいえ

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 寝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授乳をしていますか。 ☒ なし ☐ あり 11 日

⑩ 現在、お子さんのお父さん（パートナー）は授乳をしていますか。 ☐ なし ☒ あり 10 日

⑪ 窒息の可能性がある赤ちゃんの体位等を避け、寝かせ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、もしくは階段に落下してしまわないよう注意していますか。 ☒ はい ☐ いいえ

⑬ あなたはゆったりとした服装でお子さんと過ごせる時間がありますか。 ☒ はい ☐ いいえ

⑭ 赤ちゃんをいとおしいと感じますか。 ☒ はい ☐ いいえ

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。 ☒ はい ☐ いいえ

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せんか。 ☒ はい ☐ いいえ

⑰ （きょうだいがいらっしゃる方へ）きょうだいゆことで相談したいことはありますか。 ☒ はい ☐ いいえ

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 ☐ 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うことがありますか。 ☒ はい ☐ いいえ

⑳ 現在の暮らしの経済的状況を簡易的にみて、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 気分が落ちたり、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。 ☒ はい ☐ いいえ

㉒ 家事に対して興味ややる気、あるいはやる気から楽しめない感じがよくありましたか。 ☒ はい ☐ いいえ

㉓ あなたが自身の睡眠で困っていることはありますか。 ☒ はい ☐ いいえ

㉔ あなたは、ときどき自身の時間をもちつてはきていますか。 ☒ 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

③ ③ 同意欄

この健康診査の結果について、明石市へ送付されることに同意します。
不正使用が疑われた場合は、領収書と助成券をすべて没収します。

署名 明石 花子

- ①記入者名・児の在胎週数及び出生時体重が記入されているか確認してください。
- ②質問25項目の回答及び相談事項等を確認のうえ、健康診査を実施してください。
- ③同意欄に署名があることを必ず確認してください。※署名がない場合、助成対象外となります。

【裏面へ続く】

4. 医療機関記入箇所（助成券表面）

助成券（左箇所）

明石市1か月児健康診査助成券
 （利用期間：生後28日～生後6週未満まで、取壊し額4,000円）
 ※市外に転出すると使用できません

枠の中にシールを貼ってください

【医療機関記入】
 ※記入の際は必ず
 記入してください

① 氏名 **明石 太郎** 性別 ☒ 男 ☐ 女

② 生年月日 **2025 年 4 月 15 日** 通知番号（記入不要）

③ 身長 **54.3** CM 体重 **4078** g 増加量 **30.0** g/日 頭囲 **36.8** CM

④ 栄養法 ☐ 母乳 ☒ 混合 ☐ 人工乳

⑤ 判定（結果）
 1. 異常なし 2. 異常あり 3. 経過観察 4. 要経過観察
 ●●病院 **4**

⑥ 健康相談（保護者）
 母親の心身状態 ☒ あり ☐ なし 父親の心身状態 ☒ あり ☐ なし
 養育環境 ☒ あり ☐ なし 養育者 ☒ あり ☐ なし
 【指導内容・特記事項】
 【子育て支援の必要性の判定】（該当する番号を枠内に記入してください）
 1. 別に特記なし 2. 保護者による支援が必要 3. その他の支援が必要
2

⑦ 請求金額 円 【上限 4,000円】

⑧ 健診実施年月日（西暦）**2025 年 5 月 15 日**

⑨ 医療機関
 医療機関名 **△△病院**
 住所 **兵庫県明石市●●-●●**
 診察医名 **二見 一郎**

助成券（右箇所）

① 身体的発育異常 ☐ あり ☒ なし

② 外表奇形 ☐ あり ☒ なし

③ 姿勢の異常 ☐ あり ☒ なし

④ 皮膚 ☐ 黄疽 ☐ 血管腫 ☐ 色素異常 ☐ その他（ ）

⑤ 頭部 ☐ 頭蓋腫 ☐ 頭蓋拡大 ☐ 小頭症 ☐ 縫合異常 ☐ その他（ ）

⑥ 顔面 ☐ 特徴的顔貌 ☐ 目：白色瞳孔・角膜炎・網膜の異常等 ☒ 口：口唇・口蓋裂 ☐ 耳：小耳症・副耳・耳垂欠等 ☐ その他（ ）

⑦ 頸部 ☐ 斜頸 ☐ その他の頸部障害 ☐ その他（ ）

⑧ 胸部 ☐ 胸部の異常 ☐ 呼吸の異常 ☐ 心臓症 ☐ 不整脈 ☐ その他（ ）

⑨ 腹部・腰部 ☐ 臍：肉芽・ヘルニア ☐ 腹部障害 ☐ 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 ☐ 腱反射 ☐ その他（ ）

⑫ 先天性異常形成不全リスク因子（ア、またはイからオの2項目以上）
☒ ア：家族歴 ☒ イ：女児 ☐ オ：産後低体温

⑬ その他の異常 ☐ あり ☒ なし

⑭ 新生児聴覚検査の実施状況 ☒ 正常 ☐ 聴覚中（右・左） ☐ 未実施 ☐ 異常あり ☒ 異常なし

⑮ 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 **6** 番 ☒ ビタミンK₂の投与 ☒ できている ☐ できていない

① こども

健診対象者の氏名、性別、生年月日を記入してください。

※必ず、生後28日から生後6週未満での受診が確認してください。

② 身体測定

- ・身長、体重、増加量 g/日、頭囲を記入してください。
- ・栄養法にチェックをつけてください。

③ 判定（結果）

- ・該当する番号を記入してください。
- ・他院等を紹介された場合、「医療機関名」を記入してください。

④ 健康相談（保護者）

- ・母親等の心身状態を含む育児環境や保護者の心配事、母親の栄養状態について、該当項目にチェックを行い、その判定結果を【子育て支援の必要性の判定】に記入してください。
- ・明石市ヘフォロー依頼の場合は、貴院の情報連携シート（養育支援ネット等）またはお電話でご連絡ください。

⑤ 健診実施年月日（西暦）

⑥ 実施医療機関

「医療機関名」、「住所」、「診察医名」を記入してください。（ゴム印可）

⑦ 診察所見

- ・13項目については、該当の場合のみチェック又は記入してください。
- ・該当なしの場合、記入不要です。

⑧ 記入必須項目

- ・下記の項目については、必ずチェックまたは記入してください。

【新生児聴覚検査の実施状況】

【先天性代謝異常等検査の結果説明】

【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。

【ビタミンK₂の投与】

【問い合わせ先】 明石市こども健康センター

〒673-0891 兵庫県明石市大明石町1丁目6番1号 パピオスあかし6階

TEL 078-918-5656 FAX 078-918-6384