

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、1か月児健康診査費用の助成を行っています。

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（ラベンダー色）	6,000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

健診受診時（原則、生後28日～生後6週未満）に明石市に住民登録のある乳児

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】
お子さんやご家族の様子について、調の不安または胎性ホルモンのこと、
【保護者記入】

氏名(記入者)	明石 花子		母、父、その他()
出生時の状態	在胎週数 39 週	出生時体重 2987 g	記入例 40 週 / 3000 g
①	お乳をよく飲みますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
②	元気な声で泣きますか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
③	大きな音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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
④	お乳を飲む時や泣いたときに唇が紫色になることがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
⑤	からだがかたまりや硬い感じがすることがありますか。	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
⑥	うすい顔色、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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> あり(1日 <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 10 本)	
⑪	窒息の可能性がある柔らかい寝具等を選び、仰向けに寝かせていますか。	<input checked="" 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、もしくは階段に落ちた経験がありますか。	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 何ともいえない	
⑭	赤ちゃんをいとわしいと感じますか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑰	(きょうだいがいらいっしやる方へ) きょうだいのことで相談したいことはありませんか。	<input checked="" 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、協力合せて家事・育児をしていますか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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、曇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 checked="" 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 checked="" 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せんか。	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
相談したいことや心配なことがありましたら、何でも記載ください。 <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 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】

