

## ※ 1か月児健康診査実施の医療機関の方へ

ご本人が「1か月児健康診査受診票」をお持ちでない場合、この用紙に記載後、ご本人に交付してください。費用助成の申請に必要です。

母子健康手帳「保護者の記録【1か月頃】」を確認の上、診査結果を記載してください。  
未実施の項目がある場合、助成対象とならない場合があります。

### 1か月児健診の結果 (実施機関記入)

診査月日	年 月 日 (生後 日)			
児の氏名	生年月日		年 月 日	
身体測定	身長	体重	頭囲	栄養法
	c m	g	c m	母乳・混合・ミルク
疾病及び異常の有無及びその内容	<p>【疾病、異常の有無】</p> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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)             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>ア 股関節開排制限</li> <li><input type="checkbox"/>イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称</li> <li><input type="checkbox"/>ウ 家族歴</li> <li><input type="checkbox"/>エ 女兒</li> <li><input type="checkbox"/>オ 骨盤位分娩</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> </ul>			
新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 精査中 (右・左)	<input type="checkbox"/> 異常なし	
先天性代謝異常等検査の結果説明	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済		
便色カード	<input type="checkbox"/> 1番	<input type="checkbox"/> 2番	<input type="checkbox"/> 3番	<input type="checkbox"/> 4番以降
ビタミン K2 の投与	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済		
判定	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 訪問支援 (紹介先: )			
市への連絡事項	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 情報提供書等送付済 【特記事項: 】			
健診実施機関の名称	所在地 担当医師名 (担当助産師名)			印

(区保健福祉センター記入欄)

医療機関への確認		確認日	年 月 日
----------	--	-----	-------