

品川区乳児健康診査（6 か月児・9 か月児）実施要綱

制定	昭和50年	4月	1日	区長決定
	昭和60年	4月		要綱第212号
改正	平成8年	4月		要綱第37号
改正	平成8年	8月		要綱第60号
改正	平成9年	3月		要綱第23号
改正	平成10年	3月		要綱第22号
改正	平成22年	3月		要綱第41号
改正	平成31年	3月		要綱第135号
改正	令和4年	4月		要綱第131号

（目的）

第1条 母子保健法第13条の規定により実施する乳児健康診査の一層の徹底を図るため、乳児健康診査（6 か月児・9 か月児）について医療機関に委託して行うこととし、もって乳児の保健管理の向上を図ることを目的とする。

（対象）

第2条 区内に居住する乳児とする。

（乳児健康診査の実施医療機関）

第3条

1 乳児健康診査（6 か月児・9 か月児）は、次の医療機関において実施する。

（1）公益社団法人東京都医師会（以下、「東京都医師会」という。）に加入し、本事業に協力する医療機関（以下、「医師会加入医療機関」という。）

（2）東京都医師会に非加入の医療機関で、原則として標ぼうする診療科目に小児科を掲げる医療機関（以下、「医師会非加入医療機関」という。）

2 区長は、実施医療機関が所属する医師会等の協力を得るものとする。

3 医療機関から健康診査への協力または協力辞退の申出は、次の手続きによるものとする。

（1）医師会加入医療機関

健康診査協力承諾書（第1号様式の1）または健康診査協力辞退届（第1号様式の2）を、所属する地区医師会を經由して区長に提出するものとする。

（2）医師会非加入医療機関

健康診査協力届（第1号様式の3）または健康診査契約解除届（第1号様式の4）を、区長に提出するものとする。

（実施方法および内容）

第4条

1 実施方法

- (1) 区長は、東京都医師会長、東京都医師会非加入医療機関および都立病院と委託契約を締結し、乳児健康診査（6か月児・9か月児）を実施する。
- (2) 実施医療機関は、保護者から提出される「乳児健康診査受診票」〔第2号様式（6か月児用、甲乙丙3枚複写、甲はピンク色）および第3号様式（9か月児用、甲乙丙3枚複写、甲は白色）。以下「受診票」という。〕により健康診査を実施する。

2 健康診査の内容

(1) 6か月期 1回

診査項目：体重測定・身長測定、頭囲測定、栄養状態および離乳食の進み方、皮膚の異常、心音の異常、呼吸音の異常、腹部の異常、四肢の異常、難聴の疑い、斜視の疑い・白色瞳孔、神経学的所見および運動機能

保健指導：栄養指導（離乳食指導を含む。）、生活指導、予防接種、事故防止

(2) 9か月期 1回

診査項目：体重測定・身長測定、頭囲測定、栄養状態および離乳食の進み方、皮膚の異常、心音の異常、呼吸音の異常、腹部の異常、四肢の異常、難聴の疑い、斜視の疑い・白色瞳孔、神経学的所見および運動機能

保健指導：栄養指導（離乳食指導を含む。）、生活指導、予防接種、事故防止

(受診票等の交付および再交付)

第5条

- 1 区長は乳児健康診査（3～4か月児）時等に、受診児の保護者に受診票および実施医療機関名簿を「乳児健康診査のごあんない」（第4号様式：封筒）にセットして交付する。
なお、受診票には、別表1で定める事業・住所コードを記入して交付するものとする。
- 2 乳児健康診査（3～4か月児）を受診しなかった乳児の保護者には、受診票および実施医療機関名簿を「乳児健康診査のごあんない」にセットして、個別に郵送する。この場合、当該児の母子健康管理票に受診票交付済の記載をするものとする。
- 3 他の道府県から転入したものおよび受診票を紛失またはき損した場合、保護者から「乳児健康診査受診票交付・再交付申請書」（第5号様式）を提出させ、当該児の月齢を勘案し、受診票を交付する。
- 4 都内の他区市町村で受診票を交付された後、品川区に転居した場合、受診票はそのまま使用できるものとする。ただし、健康診査委託料は、品川区が負担する。

(受診票の利用時期)

第6条 利用時期は、当該児がそれぞれ生後6～7か月、9～10か月に受診することを原則とし、受診票の交付に際しては、利用時期が疾病および異常の発見、離乳食指導等の適期である旨を説明し、それぞれの時期に受診するよう指導する。

(受診票の取扱い)

第7条 実施医療機関は、健康診査の結果を「受診票」(甲乙丙の3枚複写)の所定欄に記入し、甲票は実施医療機関の控えとして保存する。乙票は受診児の保護者に交付して、診査結果欄を母子健康手帳に貼り付けるよう指導する。丙票は健康診査委託料の請求原票・結果通知票(以下「請求原票」という。)となるので保管するものとする。

なお、実施医療機関は、受診票の所定欄に医療機関コードを記載するものとする。

(健康診査委託料の請求)

第8条

1 東京都医師会加入の実施医療機関

(1) 実施医療機関は、当月分の請求帳票に、妊婦・乳児健康診査総括票(第6号様式。以下「総括票」という。)を添えて、地区医師会長に提出する。

(2) 地区医師会長は、実施医療機関から提出された請求原票および総括票を審査の上、妊婦・乳児健康診査請求原票送付書(第7号様式。以下「送付書」という。)を添えて、翌月10日までに東京都国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)に提出する。

なお、実施医療機関は総括票に、地区医師会長は送付書に、別表2に定める医師会コードを記入するものとする。

2 東京都医師会非加入の実施医療機関および都立病院

実施医療機関は、当月分の請求原票に総括票を添えて、翌月10日までに連合会に提出する。

(健康診査委託料の審査および支払)

第9条

1 区長は、健康診査委託料の審査・支払に関する事務および地区医師会事務費の審査・集計帳票作成に関する事務を、連合会に委託して行う。

2 区長は、第8条の規定により請求を受けたときは、連合会を通じて、実施医療機関に委託料を支払うものとする。

また、連合会から送付された請求原票を基に、地区医師会に事務費を支払うものとする。

3 区長は、委託料の支払いに際し、連合会を通じて当該医療機関に通知する。

また、連合会から送付された集計帳票を基に、地区医師会に事務費を通知する。

4 連合会は、区に請求原票を送付する。

(事後措置)

第10条 区長は、連合会から請求原票を受領したときは、健康診査の実施結果を母子健康管理票に記録するとともに、指導を要する乳児については、適切な措置を講ずるものとする。

(広報活動)

第11条 区は、各種広報手段を活用するとともに、東京都医師会、各地区医師会およ

び実施医療機関などの関係団体を通じて、区民に対して制度の趣旨の徹底を図るものとする。

付 則

- 1 この要綱は、平成10年4月1日から施行する。
- 2 この要綱は施行前に、区に居住する妊婦に、東京都知事が交付した受診票は、要綱の施行の日以降においては、この要綱の規定により交付された受診票とみなす。この場合において、健康診査委託料は、区が負担するものとする。

付 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

別表1 事業・住所コード

上2桁 11 乳児健康診査（6か月児） 12 乳児健康診査（9か月児）

下1桁 検証番号

	区名	乳児健康診査 6か月児	乳児健康診査 9か月児		区名	乳児健康診査 6か月児	乳児健康診査 9か月児
1	千代田区	116012	126011	24	八王子市	116244	126243
2	中央区	116028	126029	25	立川市	116251	126250
3	港区	116038	126037	26	武蔵野市	116269	126268
4	新宿区	116046	126045	27	三鷹市	116277	126276
5	文京区	116053	126052	28	青梅市	116285	126284
6	台東区	116061	126060	29	府中市	116293	126292
7	墨田区	116079	126078	30	昭島市	116301	126300
8	江東区	116087	126086	31	調布市	116319	126318
9	品川区	116095	126094	32	町田市	116327	126326
10	目黒区	116103	126102	33	小金井市	116335	126334
11	大田区	116111	126110	34	小平市	116343	126342
12	世田谷区	116129	126128	35	日野市	116350	126359
13	渋谷区	116137	126136	36	東村山市	116368	126367
14	中野区	116145	126144	37	国分寺市	116376	126375
15	杉並区	116152	126151	38	国立市	116384	126383
16	豊島区	116160	126169	39	西東京市	116392	126391
17	北区	116178	126177	40	福生市	116418	126417
18	荒川区	116186	126185	41	狛江市	116426	126425
19	板橋区	116194	126193	42	東大和市	116434	126433
20	練馬区	116202	126201	43	清瀬市	116442	126441
21	足立区	116210	126219	44	東久留米市	116459	126458
22	葛飾区	116228	126227	45	武蔵村山市	116467	126466
23	江戸川区	116236	126235	46	多摩市	116475	126474
				47	稲城市	116483	126482
				48	あきる野市	116491	126490
				49	羽村市	116509	126508
				50	瑞穂町	116517	126516
				51	日の出町	116525	126524
				52	檜原村	116541	126540
				53	奥多摩町	116558	126557
				54	大島町	116566	126565
				55	利島町	116574	126573
				56	新島村	116582	126581
				57	神津島村	116590	126599
				58	三宅村	116608	126607
				59	御蔵島村	116616	126615
				60	八丈町	116624	126623
				61	青ヶ島村	116632	126631
				62	小笠原村	116640	126649

別表2 医師会コード

医師会名	コード	医師会名	コード
千代田区	0 1 1 7	葛飾区	2 2 1 2
神田	0 1 2 5	江戸川区	2 3 1 1
中央区	0 2 1 6	八王子市	2 4 1 0
日本橋	0 2 2 4	北多摩	2 5 1 9
港区	0 3 1 5	立川市	2 5 2 7
新宿区	0 4 1 4	武蔵野市	2 6 1 8
文京区	0 5 1 3	三鷹市	2 7 1 7
小石川	0 5 2 1	西多摩	2 8 1 6
下谷	0 6 1 2	府中市	2 9 1 5
浅草	0 6 2 0	調布市	3 1 1 1
墨田区	0 7 4 5	町田市	3 2 1 0
江東区	0 8 1 0	小金井市	3 3 1 9
品川区	0 9 1 9	小平市	3 4 1 8
荏原	0 9 2 7	日野市	3 5 1 7
目黒区	1 0 1 6	西東京市	4 0 1 0
大森	1 1 1 5	東久留米市	4 5 1 5
田園調布	1 1 2 3	多摩市	4 7 1 3
蒲田	1 1 3 1	稲城市	4 8 1 2
世田谷区	1 2 1 4		
玉川	1 2 2 2		
渋谷区	1 3 1 3		
中野区	1 4 1 2		
杉並区	1 5 1 1		
豊島区	1 6 1 0		
北区	1 7 1 9		
荒川区	1 8 1 8		
板橋区	1 9 1 7		
練馬区	2 0 1 4		
足立区	2 1 1 3		

健康診査協力承諾書

東京都内の区市町村が実施する次の健康診査に、 年 月 日から
協力することを承諾します。

1. 健康診査等の種類(協力の申出があった項目を○で囲むこと)

- (1) 妊婦健康診査
- (2) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (3) 新生児聴覚検査

委託料は、国民健康保険診療報酬振込口座に振り込んでください。

年 月 日

医療機関名

所在地 〒 ー

電話番号

開設者氏名 印

地区医師会 会長 殿
品川区 長 あて

※ 該当する事業に○をつけてください

※ 3枚作成し、3枚とも押印のうえ、地区医師会に提出してください

健 康 診 査 協 力 届

東京都内の区市町村が実施する次の健康診査について、 年 月 日から

協力いたします。

1 健康診査等の種類

- (1) 妊婦健康診査
- (2) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (3) 保健指導
- (4) 精密健康診査(妊婦)
- (5) 精密健康診査(乳児)
- (6) 精密健康診査(1歳6か月児)
- (7) 精密健康診査(3歳一般)
- (8) 精密健康診査(3歳児視力)
- (9) 精密健康診査(3歳児聴覚)
- (10) 新生児聴覚検査

2 医療機関の種別

- (1) 医師会非加入医療機関 (医療機関コードNO 有)
- (2) 自由診療 (医療機関コード 無)

年 月 日

医療機関名

所在地 〒 ー

電話番号

開設者氏名

印

品川区長 あて

健康診査契約解除届

東京都内の区市町村が実施する次の健康診査について、 年 月 日から

契約解除いたします。

1 健康診査等の種類

- (1) 妊婦健康診査
- (2) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (3) 保健指導
- (4) 精密健康診査(妊婦)
- (5) 精密健康診査(乳児)
- (6) 精密健康診査(1歳6か月児)
- (7) 精密健康診査(3歳一般)
- (8) 精密健康診査(3歳児視力)
- (9) 精密健康診査(3歳児聴覚)
- (10) 新生児聴覚検査

2 医療機関の種別

- (1) 医師会非加入医療機関 (医療機関コード 有)
- (2) 自由診療 (医療機関コード 無)

年 月 日

医療機関名

所在地 〒

電話番号

開設者氏名

印

品川区長 あて

※2枚作成し、2枚とも押印のうえ、区市町村長に提出してください

※保健指導については、医師会加入医療機関についてもこの用紙で届出してください。

第2号様式

乳児(6~7か月)健康診査受診票(甲) 医療機関控

保護者の方へ

- ◎太わくの中は健康診査を受ける前に必ず記入してください。
- ◎この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。
(当てはまる項目に記入をするか○をつけてください。)

出生時の状況	体重 g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()		
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3) 四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2) ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)
現在の栄養方法	母乳 回	粉ミルク 回(1日 ml)	離乳食 回
1 どちらかに寝返りができますか はい・いいえ 2 両手をついて背を丸くして、ほんのわずか座れますか はい・いいえ 3 おもちゃなどを差し出すと、自分から手をだしてつかみませんか はい・いいえ 4 家族といるとき、話しかけるような声を出しますか はい・いいえ 5 なついている人が声をかけると、泣きやんだりうれしそうな様子を見せますか はい・いいえ 6 音や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いますか いいえ・はい 8 ひとみが白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください			
住所コード	住所		
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名	
乳児生年月日	年 月 日	月 齢	か月

左記の児の健康診査を依頼します。

都内委託医療機関 様

- 区市町村のフォローを急ぐ場合は、
直接区市町村担当課へご連絡ください。
ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

計測	体 重	g(10p以下 90p以上)		
	身 長	cm(10p以下 90p以上)		
	頭 囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見及び運動機能	1 手をついてほんのわずか座る 座れる・座れない 2 引き起こし反応 正常・異常の疑い・異常 3 顔に布をかけるテスト とる・とらない・左右差		
総合判定	問題なし・あり・疑い ()			
今後の指導と 区市町村への 連絡事項	1 当院で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) 2 区市町村で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中 () 4 その他			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	年	月	日	
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード			

(0801)

第2号様式

乳児(6~7か月)健康診査受診票(乙)

母子健康
手帳貼付

保護者の方へ

あなたのお子さんの健康診査は、右記のとおりです。キリトリ線から切りはなして母子健康手帳の「乳児健康診査欄」にはってください。

出生時の状況	体重 g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()		
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3) 四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2) ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)
現在の栄養方法	母乳 回	粉ミルク 回(1日 ml)	離乳食 回
1 どちらかに寝返りができますか はい・いいえ 2 両手をついて背を丸くして、ほんのわずか座れますか はい・いいえ 3 おもちゃなどを差し出すと、自分から手をだしてつかみませんか はい・いいえ 4 家族といるとき、話しかけるような声を出しますか はい・いいえ 5 なついている人が声をかけると、泣きやんだりうれしそうな様子を見せますか はい・いいえ 6 音や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いますか いいえ・はい 8 ひとみが白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください			
住所コード	住所		
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名	
乳児生年月日	年 月 日	月 齢	か月

保護者の方へ

健康診査の結果「今後の指導と区市町村への連絡事項」で「2 区市町村で行う」の欄に記入があったときは、居住する区市町村へ御連絡ください。

ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

計測	体 重	g(10p以下 90p以上)		
	身 長	cm(10p以下 90p以上)		
	頭 囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見及び運動機能	1 手をついてほんのわずか座る 座れる・座れない 2 引き起こし反応 正常・異常の疑い・異常 3 顔に布をかけるテスト とる・とらない・左右差		
総合判定	問題なし・あり・疑い ()			
今後の指導と 区市町村への 連絡事項	1 当院で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) 2 区市町村で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中 () 4 その他			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	年	月	日	
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード			

キリトリ線

第2号様式

乳児(6~7か月)健康診査

請求原票・結果通知票(丙)

医療機関へのお願い

この請求原票(丙)は、当月分をおとりまとめのうえ、「妊婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。
 ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

出生時の状況	体重	g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()			
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2) ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)	
現在の栄養方法	母乳	回	粉ミルク	回(1日 ml) 離乳食 回
1 どちらかに寝返りができますか はい・いいえ 2 両手をついて背を丸くして、ほんのわずか座れますか はい・いいえ 3 おもちゃなどを差し出すと、自分から手をだしてつかみますか はい・いいえ 4 家族といるとき、話しかけるような声を出しますか はい・いいえ 5 なついている人が声をかけると、泣きやんだりうれしそうの様子を見せますか はい・いいえ 6 音や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いませんか はい・いいえ 8 ひとみが白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください				
住所コード	[]			
住所	[] 電話 ()			
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名		
乳児生年月日	年 月 日	月 齢	か月	

計	体 重	g(10p以下 90p以上)		
	身 長	cm(10p以下 90p以上)		
測	頭 囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
折 ら な い で く だ さ い	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色腫孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見 及び運動機能	1 手をついてほんのわずか座る 座れる・座れない 2 引き起こし反応 正常・異常の疑い・異常 3 顔に布をかけるテスト とる・とらない・左右差		
総合判定	問題なし・あり・疑い ()			
今後の指導と 区市町村への 連絡事項	1 当院で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) 2 区市町村で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中 () 4 その他			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	[]	年	[]	月 日
所在地 医療機関名 医師名	[] 医療機関コード			

(0801)

第3号様式

乳児(9~10か月)健康診査受診票(甲)

医療機関控

左記の児の健康診査を依頼します。

保護者の方へ

- ◎太くの中は健康診査を受ける前に必ず記入してください。
- ◎この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。(当てはまる項目に記入をするか○をつけてください。)

都内委託医療機関 様

- 区市町村のフォローを急ぐ場合は、直接区市町村担当課へご連絡ください。
- ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

出生時の状況	体重	g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()			
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2) ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)	
現在の栄養方法	離乳食	回	粉ミルク	回(1日 ml)・母乳 回
1 はいはいをしますか はい・いいえ 2 何かにつかまらせれば立っていられますか はい・いいえ 3 親指をつかっって小さなものをつかめますか はい・いいえ 4 イヤイヤ、おててパチパチなどをしてみせると、そのままをしますか はい・いいえ 5 床におもちゃや物を落とすと、さがしますか はい・いいえ 6 名前を呼ぶとふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いませんか はい・いいえ 8 ひとみが白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください				
住所コード	[]			
住所	[] 電話 ()			
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名		
乳児生年月日	年 月 日	月 齢	か月	

計	体 重	g(10p以下 90p以上)		
	身 長	cm(10p以下 90p以上)		
測	頭 囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
こ の 受 診 票 は 感 圧 紙 で す か ら カ ー ボ ン は 不 要 で す 。	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色腫孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見 及び運動機能	1 周囲への関心や反応 ある・はつきりしない・なし 2 パラシュート反応 正常・異常の疑い・異常 3 積木をつかむテスト つかむ・つかまない・検査未		
総合判定	問題なし・あり・疑い ()			
今後の指導と 区市町村への 連絡事項	1 当院で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) 2 区市町村で行う (保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中 () 4 その他			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	[]	年	[]	月 日
所在地 医療機関名 医師名	[] 医療機関コード			

強く書いてください。

第3号様式

乳児(9~10か月)健康診査受診票(乙)

母子健康
手帳貼付

保護者の方へ

あなたのお子さんの健康診査は、右記のとおりです。キリトリ線から切りはなして母子健康手帳の「乳児健康診査欄」にはってください。

出生時の状況	体重	g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()			
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2)	ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)
現在の栄養方法	離乳食	回	粉ミルク	回(1日 ml)・母乳 回
1 はいはいをしますか				はい・いいえ
2 何かにつかまれば立っていられますか				はい・いいえ
3 親指をつかって小さなものをつかめますか				はい・いいえ
4 イヤイヤ、おててパチパチなどをしてみせると、そのままをしますか				はい・いいえ
5 床におもちゃや物を落としたとき、さがしますか				はい・いいえ
6 名前を呼ぶとふりむきますか				はい・いいえ
7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いますか				いいえ・はい
8 ひとみが白っぽく見えますか				いいえ・はい
9 ひきつけたことがありますか	いいえ・はい(熱 あり・なし)			
10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか				いいえ・はい
11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか				はい・いいえ
12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください				
住所コード				
住所				
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名		
乳児生年月日	年 月 日	月 齢	か月	

保護者の方へ

健康診査の結果「今後の指導と区市町村への連絡事項」で「2 区市町村で行う」の欄に記入があったときは、居住する区市町村へ御連絡ください。

ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

計測	体 重	g(10p以下 90p以上)		
	身 長	cm(10p以下 90p以上)		
	頭 囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見及び運動機能	1 周囲への関心や反応 2 パラシュート反応 3 積木をつかむテスト	ある・はっきりしない・なし 正常・異常の疑い・異常 つかむ・つかまない・検査未	
総合判定	問題なし・あり・疑い()			
今後の指導と区市町村への連絡事項	1 当院で行う 2 区市町村で行う 3 他機関管理中	(保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) (保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介)	4 その他	
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	年	月	日	
所在地 医療機関名 医師名				医療機関コード

(0801)

第3号様式

乳児(9~10か月)健康診査

請求原票・結果通知票(丙)

医療機関へのお願

都内委託医療機関様

この請求原票(丙)は、当月分をおとりまとめのうえ、「妊婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。

ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

出生時の状況	体重	g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()			
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2)	ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)
現在の栄養方法	離乳食	回	粉ミルク	回(1日 ml)・母乳 回
1 はいはいをしますか				はい・いいえ
2 何かにつかまれば立っていられますか				はい・いいえ
3 親指をつかって小さなものをつかめますか				はい・いいえ
4 イヤイヤ、おててパチパチなどをしてみせると、そのままをしますか				はい・いいえ
5 床におもちゃや物を落としたとき、さがしますか				はい・いいえ
6 名前を呼ぶとふりむきますか				はい・いいえ
7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いますか				いいえ・はい
8 ひとみが白っぽく見えますか				いいえ・はい
9 ひきつけたことがありますか	いいえ・はい(熱 あり・なし)			
10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか				いいえ・はい
11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか				はい・いいえ
12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください				
住所コード				
住所				
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名		
乳児生年月日	年 月 日	月 齢	か月	

計測	体 重	g(10p以下 90p以上)		
	身 長	cm(10p以下 90p以上)		
	頭 囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
折 ら 診 察 所 見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見及び運動機能	1 周囲への関心や反応 2 パラシュート反応 3 積木をつかむテスト	ある・はっきりしない・なし 正常・異常の疑い・異常 つかむ・つかまない・検査未	
総合判定	問題なし・あり・疑い()			
今後の指導と区市町村への連絡事項	1 当院で行う 2 区市町村で行う 3 他機関管理中	(保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) (保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介)	4 その他	
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	年	月	日	
所在地 医療機関名 医師名				医療機関コード

乳児健康診査のごあんない！

赤ちゃんが、健やかに育つためには、定期的な健康診査が必要です。

東京都にお住まいの6～7か月、9～10か月の赤ちゃんは、医療機関で公費で受けられる制度があります。

健やかに育てるために是非お受けください。

- 1 受診の方法 この袋に入っている「受診票」を、東京都内の契約医療機関の窓口へ提出してお受けください。
 - ◎ 生後6～7か月 ピンク色
 - ◎ 生後9～10か月 白色
- 2 診査項目 身体測定、健康診査、保健指導（「受診票」にかかれているもの。）
なお、このほか必要な健診、治療が行なわれたときは、医療機関に料金をお支払いください。
- 3 「受診票」の太わく内は、保護者の方が記入してください。
- 4 医療機関では、混雑や病気の感染を避けるため健康診査の日時を定めている場合がありますので、前もって医療機関へ照会してください。
- 5 受診の際には、必ず母子健康手帳と、治療となりました時に必要ですので健康保険証をお持ちください。
- 6 他道府県に転居された場合、この受診票を使用することはできません。転出先で再度受診票を交付してもらってください。
なお、都内の他の区市町村に転居された場合、この受診票はそのまま使用できます。

年 月 日

乳児健康診査受診票 交付・再交付申請書

品川区長 あて

申請者居住地

氏 名

印

下記により、乳児健康診査受診票の交付・再交付を
受けたいので申請いたします。

記

乳児氏名		生年月日	年 月 日
居住地	電話		
保護者名		受診票 の種別	1 6～7か月児 2 9～10か月児
申請理由			

妊婦・乳児健康診査総括票 甲

年 月分

医療機関所在地
 名称（電話）
 開設者氏名

㊞

B A T C H ナンバー

医療機関コード

医師会コード

事業種目		コード	件数
妊婦健康診査	1回目	請求	31
		決定	
	2回目以降	請求	32~44
		決定	
	超音波検査	請求	03
		決定	
子宮頸がん検診	請求	04	
	決定		
新生児聴覚検査		請求	51
		決定	
乳児健康診査	6か月	請求	11
		決定	
	9か月	請求	12
		決定	

国保連合会受付印

本総括票は、健診を実施した年度ごとに作成してください。

※欄は記入しないでください。

<提出先> 医師会加入医療機関は、地区医師会から連合会に提出しますので、所属する地区医師会に甲乙2枚とも提出してください。

個別契約医療機関は、直接東京都国民健康保険団体連合会に甲(1枚目)を提出してください。

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

妊婦・乳児健康診査総括票 乙

年 月分

医療機関所在地
 名称（電話）
 開設者氏名

⑩

B A T C H ナンバー

医療機関コード

医師会コード

事業種目		コード	件数
妊婦健康診査	1回目	請求	31
		決定	
	2回目以降	請求	32~44
		決定	
	超音波検査	請求	03
		決定	
	子宮頸がん検診	請求	04
		決定	
新生児聴覚検査		請求	51
		決定	
乳児健康診査	6か月	請求	11
		決定	
	9か月	請求	12
		決定	

国保連合会受付印

本総括票は、健診を実施した年度ごとに作成してください。

※欄は記入しないでください。

<提出先> 医師会加入医療機関は、地区医師会から連合会に提出しますので、所属する地区医師会に甲乙2枚とも提出してください。

個別契約医療機関は、直接東京都国民健康保険団体連合会に甲(1枚目)を提出してください。

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

第7号様式

妊婦・乳児健康診査 請求原票送付書 甲

(連合会提出用)

(年 月分)

連合会
受付印

東京都国民健康保険団体連合会 殿

医師会 医師会コード

枚中 枚目

医療機関コード	※ 年度 遅れ 請求	事業種目別件数						
		妊婦 1回目	妊婦 2回目以降	妊婦 超音波	妊婦 子宮頸がん	新生児 聴覚検査	乳児 6か月	乳児 9か月
5								
10								
15								
20								
ページ計件								
総合計件数								

注1 医療機関コード及び事業種目別件数は、健診年度ごとに記入してください(※)。
 注2 医療機関コードの順番に記載する必要はありません。ただし、総括票及び請求原票は、本送付書に記載した医療機関の順番に並べてください。

第7号様式

妊婦・乳児健康診査 請求原票送付書 乙

(医師会控用)

(年 月分)

連合会
受付印

東京都国民健康保険団体連合会 殿

医師会 医師会コード

枚中 枚目

医療機関コード	※ 年度 遅れ 請求	事業種目別件数						
		妊婦 1回目	妊婦 2回目以降	妊婦 超音波	妊婦 子宮頸がん	新生児 聴覚検査	乳児 6か月	乳児 9か月
5								
10								
15								
20								
ページ計件								
総合計件数								

注1 医療機関コード及び事業種目別件数は、健診年度ごとに記入してください(※)。
 注2 医療機関コードの順番に記載する必要はありません。ただし、総括票及び請求原票は、本送付書に記載した医療機関の順番に並べてください。

妊婦・乳児健康診査委託料請求書

品川区長 あて

医療機関名

所在地

電話番号

開設者氏名

印

年 月に実施した妊婦健康診査委託料及び乳児健康診査(新生児聴覚・6か月児・9か月児)委託料について、下記のとおり請求いたします。

なお、健康診査委託料は、下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

事業種目	実施件数	単価	請求金額
妊婦健康診査1回目			
妊婦健康診査2回目以降			
妊婦超音波検査			
妊婦子宮頸がん検診			
新生児聴覚検査			
乳児健康診査(6か月児)			
乳児健康診査(9か月児)			
請求金額合計			

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	店
振込口座名	貯金種目 フリガナ 氏名	普通・当座 口座番号