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 要綱第 23号 改正 平成 9年 3月 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 要綱第135号 3月 要綱第131号 改正 令和 4年 4月

(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経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理したときは、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

	L 桁 検証番号	1					
	区名	乳児健康診査	乳児健康診査		区 名	乳児健康診査	乳児健康診査
		6か月児	9か月児			6 か月児	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	2519
港区	0 3 1 5	立川市	2 5 2 7
新宿区	0 4 1 4	武蔵野市	2618
文京区	0513	三鷹市	2717
小石川	0521	西多摩	2816
下谷	0612	府中市	2915
浅草	0620	調布市	3 1 1 1
墨田区	0745	町田市	3 2 1 0
江東区	0810	小金井市	3 3 1 9
品川区	0919	小平市	3 4 1 8
荏原	0927	日野市	3 5 1 7
目黒区	1016	西東京市	4010
大森	1 1 1 5	東久留米市	4515
田園調布	1 1 2 3	多摩市	4713
蒲田	1 1 3 1	稲城市	4812
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	1511		
豊島区	1610		
北区	1719		
荒川区	1818		
板橋区	1917		
練馬区	2014		
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〇で囲むこと)
 - (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 〒 -

電話番号

開設者氏名 印

地区医師会会長殿品川区長あて

- ※ 該当する事業に〇をつけてください
- ※ 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

健康診査協力辞退届

東京都内の区市町村が実施する次の健康診査に、 年 月 日 をもって協力を辞退します。

- 1. 健康診査等の種類(協力の辞退があった項目を〇で囲むこと)
 - (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

年 月 日

医療機関名

所在地 〒 -

電話番号

開設者氏名 印

地区医師会会長殿品川区長あて

- ※ 該当する事業に〇をつけてください
- ※ 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 〒 -

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

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〇をつけてください。)

出生時の異常 なし・あり (出生時の状況	体重	g	週数	週(か月))	
受けた予防接種 BCG B型肝炎(1・2・3) ピブワクチン(1・2・3) 四種混合(1・2・3) 現在の栄養方法 母乳 回 物シルク 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 同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 はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ りを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 はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ・はい りをついたっぱくの気ますか 6 音や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ はい・いえ・はい (熱別と思いますか) はい・いえ・はい いいえ・はい もいえ・はい ないとからだの調子はよいほうですか 7 眼の位置がおかいたとがありますか いいえ・はい もいえ・はい はい・いいえ 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 はい・いいえ 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 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 電話 単原生年月 男・女 保護者名 乳児生年月 年 月原生年月 年 日	出生時の異常	なし・ あり	()	
ロタウィルス		BCG B	型肝炎(1:	・2・3) ヒブ	ワクチン(1・2	2•3)	四種混合(1	1.2.3)
現在の宋養方法 世乳 回 粉シルク 回(1日 ml) 離乳食 回 はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ まわ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 はい・いいえ ま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 はい・いいえ 間 の位置がおかしい(斜視)と思いますか はい・いえ・はい り 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 はいえ・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・いえ はい・いいえ 2 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 電話 リカリの生産 リカリの はいまか はい・いいえ ない・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・はい・リス・カリス・大きない 日	受けた予防接種	ロタウイルス				見用肺炎	球菌ワクチン	(1-2-3)
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 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 6 音や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ 6 音や呼びかけにふりむきますか 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 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 いんえ・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・は 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 はい・いいえ 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	現在の栄養方法	母乳 回	粉ミルク	回(1日	ml) 離乳	.食 [1	
電話 () フリガナ 乳児氏名 男・女 保護者名 乳児生年月 年 日 日 日齢 か日	2 両手をついて 3 おもちゃなど 4 家族といると 5 なつまずから 6 音いのががり 7 ひとみづけたこ 10 今までにのの 11 お母さんの 12 その他、何か	できまれていて、それでは、大きないできまれている。これでは、かけい、いい、いい、いい、いい、いい、いい、いい、いい、いい、いい、いい、いい、い	こ、ほんのかには、 はいまれる はいまれる すいと かいまれる すいと かいまだの はいかい 重の 調子 はいかい 重の はい	ら手をだして 声を出します 立きやんだり いますか 気をしたこと 子はよいほう	こつかみます か うれしそうな いいえ・はい があります』 ですか	か 様子 はいい いは	い・いいえ はい・いいえ い・いいれえ い・いいなえ いった・ははい あり・なけはい あり・なけいれる にいまいれる にいまいれる にいまいないはい にいまいはい にいまいはい にいまいはい にいまいはい にいまいはい にいまいはい にいまいはい にいまい にい にいまい にいまい にいまい にいまい にいまい にいまい にいまい にいまい にいまい にい にい にい にい にい にい にい にい にい に	
乳児氏名 男・女 保護者名 乳児生年月 年 日 乳児生年月 年 日	住所			南 紅	/	`		
乳児氏名					<u> </u>	,		
	乳児氏名			男∙女	保護者名			
		年	月	B	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

	さし	١,		診察した医師が記入してください。
٦		体	重	g(10p以下 90p以上)

0)					
受診	計	身	長	cm(10p以下 90p以上)	
票は	測	頭	囲	ст	
感圧		カウ	プ指数		
紙で	栄養状態 やせ			ている・ふつう・ふとっている	
すか	離孚	L食σ	進み方	順調・順調でない	
らカー		皮质	ちの異常	なし・あり() 呼吸音の 異 常	なし・あり(
ーボン	診察	心	音の異常	なし・あり() 腹部の 異常	なし・あり(
しは不		四月	支の異常	なし・あり(難聴の 疑い	なし・あり(
要で	所 見		見の疑い 色瞳孔	なし・あり() その他	
す。強く			学的所 び運動	2 引き起こし反応 正常・ 身	・・座れない 星常の疑い ・ 異常 らない ・ 左右差
書いてく	彩	※ 合	判定	問題なし・あり・疑い)
ださい。	今後の指導と 区市町村への			1 当院で行う (保健指導・栄養指導・経過 2 区市町村で行う (保健指導・栄養指導・経過 (保健指導・栄養 精密検査医療機関紹介)	観察·治療·他機関紹介) 指 導 · 経 過 観 察 ·
-	浬	給	事 項	3 他機関管理中 ()	4 その他

(0801)

日

医療機関コード

月

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

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	5Y ()	
22117 2 0F74-100	BCG	B型肝炎(1・	2・3) ヒブ	ワクチン(1・2	2・3) 四種;	混合(1・2・3)
受けた予防接種	ロタウイノ		クス(1価)(ク(5価)(1・		見用肺炎球菌ワケ	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 どちらかに寝で 2 面手をつなど 4 家族といてか 5 鬼 世の世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世世	で背を丸くりを差し出するという。 を差し出するという。 き、がいいにいいいできないできたいいできない。 ではいいできないできたいできた。 ではいいできたいできたいできた。 ではいいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできたいできたいできたいできたいできた。 できたいできたいできたいできたいできたいできたいできたいできたいできたいできたい	して、ほんのかけた、自分ないというないかけた。自分なたかかけるようなたかかまきまかかますかいますがない。これは、これは、これは、これは、これは、これは、これは、これは、これは、これは、	ら手をだして 言を出します きやんだり ますか 気をしたこと しなよいほう	こつかみます か うれしそうな いいえ・はい がありますな ですか	はい・いい 様子を はい・いい はい・ひい いいえ・は いいえ・は (熱 あり・ない いいえ・ははい・いい	>え >>え え え え はい はい し い
住所			電話	()	
フリガナ			男•女	保護者名	,	
乳児生年月日	4	年 月	日	月齡		か月

保護者の方へ

乳児健康診査の結 果は上記のとおりです。

> 所 在 地 医療機関名

医 師 名

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。

	1本	重	g(10p以下 90p	以上)				
計	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					
離孚	L食σ	進み方	順調・順調でない					
	皮质	5の異常	なし・あり()	呼吸音 異	が常	なし・あり()
=.	心	音の異常	なし・あり()	腹部異常		なし・あり()
診察	四月	支の異常	なし・あり()	難聴 疑し		なし・あり()
所見		見の疑い 色瞳孔	なし・あり()	その	他			
		学的所 び運動	1 手をついてほんのわずか座る 2 引き起こし反応 3 顔に布をかけるテスト	正常	٠. إ	る · 座れない 異常の疑い · ≤らない · 左右		
糸	※ 合	判定	問題なし・あり・疑い)		
区	市町	指導と 村への 事 項		導・第	き 養	過観察・治療・他 指 導・経 4 その	過観察・	
	上記	東診査の 2のとお ^り		年		月	B	
		在地機関名師名					医療機関コー	۴

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・さ	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)				
受けた予防接種	ロタウイ		ックス(1価)(1 ック(5価)(1・:		見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 はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ まお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 はい・いいえ な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 音 や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ いいえ・はい りいえ・はい ひとつけたことがありますか いいえ・はいいえいまける ひとみが白っぽく見えますか いたえ・はいいえ・はいりょうにく しゃがら つぼく見えますか いたえ・はいないえ・はいなっぱいとからだっぽくだっぱい かり・なし ひきつけたことがありますか はいきいえ・はい もり・なし ひきつけたことがありますか はいきいえ・はい なりとの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ・はい 日 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 はい・いいえ										
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	B	月齢		か月				

							_				
		体	重	g ((10p以下 90p)	以上)					
	ā†	身	長	cm	(10p以下 90p)	以上)	1				
	測	頭	囲	cn	n		_				
		カウ	プ指数		1						
	栄養	状態	やせ	ている・ふつう・ ぶ	ふとっている						
	離到	食の	進み方	順調・順調でない		1					
		皮膚	の異常	なし・あり(呼吸量	音の常	なし・あり	()	
折		心音	の異常	なし・あり()	腹部 異		なし・あり	()
Ь	診察	四肢	の異常	なし・あり()	難聴 疑し		なし・あり	()
な			の疑い 色瞳孔	なし・あり()	その	他				
いで			学的所 び運動	1 手をついてほんのね 2 引き起こし反応 3 顔に布をかけるテス		正常	F • !	・ 座れた 異常の疑い らない・	異常		
くだ	彩	※ 合	判定	問題なし・ あ り	・疑い)			
さい	区	市町村	指導と 対への 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・) (保健指 精密検査!	導・	栄 養	指導・			
		ま上記 しょうしょう	診査の とお ^し			年		月		B	
		医療	在地機関名						医療	機関コー	۴
		医	師 名								
										(080)	11)

第3号様式

乳児(9~10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〇をつけてください。)

+===	$D \mid B \mid A$	かは	: ★★★	k依頼し	++

都内委託医療機関 様 〇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()] =
	BCG	B型肝	炎(1・	2•3)	ヒブ	フクチン	(1-2	(3)	四種混合(1	•2•3)	0
受けた予防接種	ロタウイ			クス(1 ク(5価			小児	見用肺	炎球菌ワクチン(1.2.3)	ス部票
現在の栄養方法	離乳食		• 粉	ミルク	П	(1日	ml)	· 母:	乳 回		にに見
1 はいはいでからいた。 はいはいでからいます。 はかはないでからいます。 はかけれるです。 はかけれるでは、 はいまないでは、 はいまないではいまないでは、 はいまないでは、 はいまないでは、 はいまないではいまないでは、 はいまないでは、 はいまない	まって やふかぱがを持いれたチ 落さいえりるや	はものを パートートートートートートートートートートートートートートートートートートート	かとき、い調の調子	かます; て か さ が し ます か ます か ます たんこう たんしょし しんしょし しんしょし しんしょしん	か	いいえ があり ですか	はいます	·(熱 か	いいえ・はい はい・いいえ		だに糸ですからナーオンに不要です 強く書
住所											1
					電話		()		1
フリガナ 乳児氏名				Ę	男·女	保護者	名				l
乳児生年月日		年	月	B		月歯	r			か月	

		体	重	g(10p以下 90p以上)	
-	計	身	長	cm(10p以下 90p以上)	
)	測	頭	囲	cm	
が今時		カウ	プ指数		
ţ	栄養	状態	や	せている・ ふつう・ ふとっている	
ΕΙ	離乳	食の	進み方	順調・順調でない	
Æ		皮质	雪の異常	なし・あり() 呼吸音の 異 常 なし・あり()
۲ ۱	診	心音	音の異常	なし・あり() 腹部の 異常 なし・あり()
5	察	四月	支の異常	なし・あり(難聴の 疑い なし・あり()
Ť	所見			なし・あり() その他	
ノ は 下			学的所 び運動	1 周囲への関心や反応 ある・はっきりしない・な 2 パラシュート反応 正常・異常の疑い・異常の疑い・ 勇 3 積木をつかむテスト つかむ・つかまない・ 検	常
いという	糸	会 合	判定	問題なし・あり・疑い ()	
紙へい	区	市町	指導と 村への 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 2 区市町村で行う (保健指導・栄養指導・発 養 指 導・ 経 過精密検査医療機関紹介) 4 その他	
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		上記	東診査の 記のとま)át	В
۰			在 地 機関名 師 名	<u>\(\) \(\)</u>	療機関コード

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・さ	あり (•)	
12117 2 0F14-12	BCG	B型肝炎(1	·2·3) E	ブワクチン(1・2	•3)	四種混合(1.2.3)
受けた予防接種	ロタウイ		ックス(1価) ック(5価)(1		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		
1 はいはいをし 2 何かにつか。 3 親指をつか。 4 イヤイヤ、お しますか 5 名前を呼ぶと	まらせれり て小さな ててパチ ・や物を落	ものをつか。 パチなどをし 客としたとき、	めますか 、てみせると		はははははははははははははははははははははははいます。	いいえいいえいいいえいいいえいいいえいいいえいいいえいいいえいいいえ	
7 眼の位置が2 8 ひとみが白っ 9 ひきつけたこ 10 今までに入 11 お母さんの3 12 その他、何が	ぽく見え とがあり 院をする。 気持ちや	ますか ますか ような重い病 からだの調	気をしたこ 子はよいほ	うですか	い (熱 ざいい いし は	いいいえ	
		: 1					
住所コード							
住所			電話	f . ()		
フリガナ 乳児氏名			男・女	保護者名			
乳児生年月日		年 月	B	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。

	体	重	g(10p以下 90p以上)
計	身	長	cm(10p以下 90p以上)
測	頭	囲	ст
	カウ	プ指数	
栄養	状態	やせ	ている・ふつう・ふとっている
離爭	し食の	進み方	順調 ・ 順調でない
	皮质	ちの異常	なし・あり(関東 常 なし・あり()
	心音	音の異常	なし・あり(異常 なし・あり()
診察	四月	支の異常	なし・あり(難聴の なし・あり()
所見		見の疑い 色瞳孔	なし・あり() その他
		学的所 び運動	1 周囲への関心や反応 ある・はっきりしない・ 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
*	% 合	判定	問題なし・あ り・疑 い ()
Z	市町	指導と 村への 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・治療・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
	ま上言	東診査の 記のとおり	
		在 地	医療機関コード
	医	師 名	
			(0801)

笠9旦様士

医療機関へのお願い

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。

			体	重	g(10p以下 90p以上)
1		計	身	長	cm(10p以下 90p以上)
1		測	頭	囲	cm
1			カウ	プ指数	
1		栄養	状態	やせ	ている・ふつう・ふとっている
1		離乳	食の	進み方	順調 ・ 順調でない
	折		皮膚	の異常	なし・あり() 呼吸音の 異 常 なし・あり()
	b	診	心音	の異常	なし・あり() 腹部の 異常 なし・あり()
	な	察	四肢	あ 異常	なし・あり(難聴の 疑い なし・あり()
	い	所見		見の疑い 色瞳孔	なし・あり(その他
	で			学的所 び運動	1 周囲への関心や反応 ある ・ はっきりしない ・ 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 つかむない ・ 検査未
	くだ	総	合	判定	問題なし・あ り・疑 い ()
	さい	区	市町	指導と 村への 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
			上言	を診査の このとおり	
			医療	在 地 機関名 師 名	医療機関コード

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)

出生時の状況	体重	٤	週数		週	(か	月)		
出生時の異常	なし・さ	あり ()		
	BCG	B型肝炎(1	1 • 2 • 3)	ヒブワ	クチン(1・:	2•3)	四種混合(1・2・	3)	
受けた予防接種	ロタウイ		ー リックス(1 ・ック(5価			児用肺	 炎球菌ワクチン(1・2	2•3)	
現在の栄養方法	離乳食	回・精	分ミルク	回(1日 ml)	• 母	乳 回		
1 はいはいをした。 2 何報をかい。 4 付表をかい。 4 代表におをしている。 5 存着的位置がは、 7 限のとみからついでは、 8 ひとみからからでしている。 10 おみでしている。 11 おの他、何が 12 その他、何が	まらせれれなチ をおいこりをあまります。 やっかいよがをおいえがを持ちますち	ものをつかをしたいまとしたかとしたかとしたからがまますが、まますなだのかか、重まままなだのい。	いめます; してみせ 、さがしま いますか 病気をより	か けると、 ² ますか 、 、 たことだいほうで	いえ・はし があります きすか	・(熱 か	いいえ・はい はい・いいえ		折らないでくだ
									さ
住所コード									い
住所									
			'	電話	()		
フリガナ 乳児氏名			Ę	男·女	保護者名				
乳児生年月日		年 月	日		月齢			か月	

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 $6\sim7$ か月、 $9\sim10$ 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
 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	6~7 か 9~10 x		
申請理由				

妊婦・乳児健康診査総括票 甲 B A T C H ナンバー 年 月分 医療機関所在地 医療機関コード 称 (電 話) 名 開設者氏名 (EII) コード 件 数 医師会コード 事 業 種 目 請求 3 1 1 回 目 決定 請求 妊婦健康診査 2回目以降 32~44 決定 国保連合会受付印 請求 超音波検査 0 3 決定 請求 子宮頸がん検診 0 4 決定 請求

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。

9

6 か 月

か 月

新生児聴覚検査

乳児健康診査

<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

5 1

1 1

1 2

決定請求

決定

請求

決定

[※]欄は記入しないでください。

妊婦・乳児健康診査総括票 乙 B A T C H ナンバー 年 月分 医療機関所在地 医療機関コード 称 (電 話) 名 開設者氏名 (EII) コード 件 数 医師会コード 事 業 種 目 請求 3 1 1 回 目 決定 請求 妊婦健康診査 2回目以降 32~44 決定 国保連合会受付印 請求 超音波検査 0 3 決定 請求 子宮頸がん検診 0 4 決定 請求 新生児聴覚検査 5 1 決定 請求 1 1 6 か 月 決定 乳児健康診査 請求 9 か 月 1 2 決定

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。

<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

[※]欄は記入しないでください。

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 ※年度 事 業 種 目 別 件 数 遅れ 医療機関コード 新生児 乳 児 妊 婦 妊 婦 妊 婦 妊 婦 乳 児 請求 2回目以降 子宮頸がん 1回目 超音波 聴覚検査 6か月 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。

総合計件数

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 ※年度 事 業 種 目 別 件 数 遅れ 医療機関コード 新生児 乳 児 妊 婦 妊 婦 妊 婦 妊 婦 乳 児 請求 2回目以降 1回目 超音波 子宮頸がん 聴覚検査 6か月 9か月 10 15 20 ページ計件

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		Ŧ	重	Į.	1	実施件数		単	価	請	求	金	額
妊	婦	健	康	診	査	1	回目									
妊	婦(健康	診 3	查 2	回	目以	以 降									
妊	婦	超	音	波	検	査										
妊	婦 -	子宮	頸 7	がん	検	診										
新	生!	児聴:	覚	倹 査												
乳	児	健 康	診	査(6	かり	1 児)									
乳	児	健 康	診	査(9	かり	1 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
振込	貯 金 種 目	普 通 · 当 座 口座番号
口座	フリガナ	
名	氏 名	