

品川区乳児健康診査（１か月児・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
改正	令和7年	2月		要綱第92号
改正	令和8年	4月		要綱第144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（１か月児・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により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 乳児健康診査の対象は、次に掲げる区内に在住する乳児とする。

1 1か月児健診

出生後27日を超え、生後6週に達しない乳児

2 6か月児

生後6か月を超え、生後8か月に達しない乳児

3 9か月児健診

生後9か月を超え、生後11か月に達しない乳児

（乳児健康診査の実施医療機関）

第3条 乳児健康診査（１か月児・６か月児・９か月児）は、次に掲げる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。）に加入しており、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) 東京都医師会に加入しておらず、原則として標ぼうする診療科目に産婦人科または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（1か月児・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「1か月児健康診査受診票」〔第2号様式（甲乙丙の3枚複写。甲は白色。）〕、「乳児健康診査受診票」〔第3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4号様式（9か月児用、甲乙丙3枚複写、甲は白色）。以下2～4号様式を「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

基本的な診査項目は以下のとおりとし、結果に応じて必要な保健指導を行うものとする。

(1) 1か月児健康診査 1回

体発育状況、栄養状態、疾病及び異常の有無、新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認、ビタミンK2投与の実施状況の確認、必要に応じた投与および育児上問題となる事項

(2) 6か月児健康診査 1回

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

(3) 9か月児健康診査 1回

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

3 健康診査を実施する担当者

十分な経験を有し、新生児・乳児の保健医療に習熟した医師により実施することとする。なお、担当者を医師とした上で、十分な経験を有し、保健医療に習熟した助産師または看護師と協力して実施することは差し支えない。

4 実施医療機関との連携

実施医療機関は、虐待の可能性が疑われる場合や養育困難が予想される場合等、区による支援が必要と判断した場合は、連絡票（第5号様式）等の乳児の状況が分かるものを速

やかに区に送付する等、乳児に関する情報共有を行う。なお、保護者の同意が得られない場合であっても、児童虐待の防止や対応のために必要と判断した場合は、報告すること。

(受診票等の交付および再交付)

第5条

1 1か月児健診

区長は、妊娠届出を受理したときに、受診票を交付する。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 6か月児および9か月児健診

(1) 区長は、品川区乳児健康診査実施要綱で実施する健康診査（以下「乳児健康診査（3～4か月児）」という。）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6号様式）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者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・交付申請書」（第7号様式。以下「申請書」という。）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、品川区に転入した場合、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、区が負担する。

(受診票の利用時期)

第6条

1 1か月児健康診査

原則、出生日を0日目として、当該児が生後28日から生後41日までの間

2 6か月児健康診査および9か月児健康診査

当該児がそれぞれ生後6～7か月、9～10か月までの間

3 受診票の交付に際しては、利用時期が疾病または、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

1 1か月児健康診査

(1) 実施医療機関は、第2号様式の受診票（甲乙丙の3枚複写）の所定欄に、健康診査の診察所見、区への連絡事項を記入するものとする。

(2) 甲票は実施医療機関の控えとして保存する。乙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。）として使用する。

(3) 丙票は保護者に交付して、診査結果欄を母子健康手帳とともに保管するよう指導す

る。

2 6か月児健康診査および9か月児健康診査

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 丙票は請求原票となるので保管するものとする。

3 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 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7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8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。

3 連合会は、第1項第2号または前項の規定により提出された請求原票の住所コードを確認の上、区長に対し、健康診査委託料の請求をすることとし、請求原票を送付する。

（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および支払に関する事務ならびに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（以下、「事務委託」という。）して行う。

2 区長は、前条第1項第2号または第2項の規定による請求を受けたときは、連合会を通じて、実施医療機関に健康診査委託料の支払いおよび通知をするものとする。

3 区長は、連合会から送付された集計帳票を基に、地区医師会に事務委託に係る軽費を支払うものとする。

4 区長は、連合会より前条第3項の規定による請求原票を受理した場合、内容を審査の上、当該連合会に第1項に係る経費として事務委託料を支払うものとする。

（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。

附 則

この要綱は、令和7年2月1日から施行し、令和6年12月2日から適用する。ただし、第6号様式の改正規定は、令和7年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から適用する。

別表1 事業・住所コード

上2桁 10 1か月児健康診査

下1桁 検証番号

	区名	1か月児健康診査		区名	1か月児健康診査
1	千代田区	106013	24	八王子市	106245
2	中央区	106021	25	立川市	106252
3	港区	106039	26	武蔵野市	106260
4	新宿区	106047	27	三鷹市	106278
5	文京区	106054	28	青梅市	106286
6	台東区	106062	29	府中市	106294
7	墨田区	106070	30	昭島市	106302
8	江東区	106088	31	調布市	106310
9	品川区	106096	32	町田市	106328
10	目黒区	106104	33	小金井市	106336
11	大田区	106112	34	小平市	106344
12	世田谷区	106120	35	日野市	106351
13	渋谷区	106138	36	東村山市	106369
14	中野区	106146	37	国分寺市	106377
15	杉並区	106153	38	国立市	106385
16	豊島区	106161	39	西東京市	106393
17	北区	106179	40	福生市	106419
18	荒川区	106187	41	狛江市	106427
19	板橋区	106195	42	東大和市	106435
20	練馬区	106203	43	清瀬市	106443
21	足立区	106211	44	東久留米市	106450
22	葛飾区	106229	45	武蔵村山市	106468
23	江戸川区	106237	46	多摩市	106476
			47	稲城市	106484
			48	あきる野市	106492
			49	羽村市	106500
			50	瑞穂町	106518
			51	日の出町	106526
			52	檜原村	106542
			53	奥多摩町	106559
			54	大島町	106567
			55	利島町	106575
			56	新島村	106583
			57	神津島村	106591
			58	三宅村	106609
			59	御蔵島村	106617
			60	八丈町	106625
			61	青ヶ島村	106633
			62	小笠原村	106641

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	国分寺市	3 7 1 5
大森	1 1 1 5	西東京市	4 0 1 0
田園調布	1 1 2 3	東久留米市	4 5 1 5
蒲田	1 1 3 1	多摩市	4 7 1 3
世田谷区	1 2 1 4	稲城市	4 8 1 2
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) 産婦健康診査
- (3) 1か月児健康診査
- (4) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (5) 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) 産婦健康診査
- (3) 1か月児健康診査
- (4) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (5) 保健指導
- (6) 精密健康診査(妊婦)
- (7) 精密健康診査(産婦)
- (8) 精密健康診査(乳児)
- (9) 精密健康診査(1歳6か月児)
- (10) 精密健康診査(3歳一般)
- (11) 精密健康診査(3歳児視力)
- (12) 精密健康診査(3歳児聴覚)
- (13) 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

※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。

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) 産婦健康診査
- (3) 1か月児健康診査
- (4) 乳児健康診査(6か月児・9か月児)
- (5) 保健指導
- (6) 精密健康診査(妊婦)
- (7) 精密健康診査(産婦)
- (8) 精密健康診査(乳児)
- (9) 精密健康診査(1歳6か月児)
- (10) 精密健康診査(3歳一般)
- (11) 精密健康診査(3歳児視力)
- (12) 精密健康診査(3歳児聴覚)
- (13) 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。

1か月児健康診査受診票（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。
◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

下記の者の健康診査を依頼します。

Form with fields for residence, parent name, birth status, and a list of 25 health check questions with response options.

都内委託医療機関 様

○ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。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。

Form for medical institution use, including fields for physical development, facial features, chest, and overall assessment.

1か月児健康診査受診票（乙） 請求原票・結果通知票

医療機関へのお願い

この受診票（乙）は当月分をお取りまとめの上、「妊産婦・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。

住所コード、住所、電話、フリガナ、乳児氏名、男・女、生年月日、西暦、年、月、日(生後、日)、保護者氏名、乳児の被保険者番号、出生時の状況、体重、週数、週(か月)
当てはまるものに○をつけてください。
(1)お乳をよく飲みますか
(2)元気な声で泣きますか
(3)大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出ししたりすることはありますか
(4)お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか
(5)からだに特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか
(6)うずい黄色、もしくはうずいクリーム色の便(便色カード1~3番)が続いていますか
(7)あなたの顔をじつとみつめることがありますか
(8)裸にすると手足をよく動かしますか
(9)現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか
(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
(11)窒息の可能性のある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか
(12)ソファやベッド、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか
(13)ゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか
(14)赤ちゃんをいとおしいと感じますか
(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
(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
(17)(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか
(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
(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たことがありますか
(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
(21)気分が沈んだり、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
(22)物事に対して興味がわかない、心から楽しめない感じがよくありましたか
(23)あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか
(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
(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

都内委託医療機関 様

○ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。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。

受診年月日、西暦、年、月、日
身長、体重、頭囲、栄養法
身体的発育異常、外表奇形、姿勢の異常
皮膚の所見、頭部の所見、頸部の所見
顔の所見、胸部の所見、腹部・腰背部の所見
四肢の所見、神経学的異常、発育性股関節形成不全リスク因子
新生児聴覚検査、先天性代謝異常等検査結果確認、便色カード、ビタミンK2投与
育児環境等の所見、心配事、栄養
総合判定
今後の指導と区市町村への連絡事項
1か月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、医療機関コード

1か月児健康診査受診票（丙） 保護者控

保護者の方へ

- ◎太わくの中に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。
- ◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

住所コード					
住所					電話
フリガナ			男・女	生年月日	西暦 年 月 日(生後 日)
乳児氏名					
フリガナ			乳児の被保険者番号 (わかる場合のみ記入)		
保護者氏名					
出生時の状況	体重	g	週数	週	(月)

○お子様の健康診査結果は、下記のとおりです。

受診年月日	西暦	年	月	日
身長	体重		頭囲	栄養法
cm	g (増加量 g/日)		cm	母乳 ・ 人工乳 ・ 混合
身体的発育異常		外表奇形		姿勢の異常
なし・あり ()		なし・あり ()		なし・あり ()
皮膚の所見		頭部の所見		頸部の所見
なし・黄疽・血管腫・色素異常・その他		なし・頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常		なし・斜頸・その他の頸部腫瘍
顔の所見		胸部の所見	腹部・腰背部の所見	
1 特異的顔貌	なし・あり	1 なし 2 胸部の異常	1 なし 2 臍(肉芽・ヘルニア)	
2 目	なし・白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等	3 呼吸の異常	3 腹部腫瘍 4 そけいヘルニア	
3 口	なし・口唇裂・口蓋裂	4 心雑音 5 不整脈	5 仙骨部の異常	
4 耳	なし・小耳症・副耳・耳瘻孔等			
四肢の所見	神経学的異常		発育性股関節形成不全リスク因子	
なし・運動制限・内反足	なし・モロー反射異常・筋トーン異常		1 リスク因子なし 2 股関節開排制限 3 大腿/そけい皮膚溝の非対称・家族歴・女児・骨盤位分娩	
新生児聴覚検査		先天性代謝異常等検査 結果確認	便色カード	ビタミンK ₂ 投与
1 正常 ・ 2 要精査(精査中・精査未) ・ 3 未		異常なし ・ 異常あり	番	できている ・ できていない
【2要精査の場合】 先天性サトカ 聴力検査 1 済 ・ 2 未				

その他の異常	
総合判定	1 異常なし ・ 2 既医療 ・ 3 要経過観察 ・ 4 要紹介(要精密) ・ 5 要紹介(要治療) 紹介先 ()
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
1か月児健康診査の結果は上記のとおりです。 西暦 年 月 日	
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード

第3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) 五種混合(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		
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。	令和	年	月 日	
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード			

第3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) 五種混合(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		
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。	令和	年	月 日	
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード			

第3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)										
	五種混合(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	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													
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 さ 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。		令和	年	月	日
所在地 医療機関名 医師名		医療機関コード			

第4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。)

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)										
	五種混合(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	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													
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			
診 察 所 見	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 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		
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。		令和	年	月	日
所在地 医療機関名 医師名		医療機関コード			

第4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)					
	五種混合(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)と思いませんか 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	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
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 月 日 年 月 日					

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	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		
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。		令和	年	月 日
所在地 医療機関名 医師名		医療機関コード		

第4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)					
	五種混合(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)と思いませんか 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	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
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 月 日 年 月 日					

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 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。		令和	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」にかかっているもの。）
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保険資格情報を確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書等）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。

妊産婦・乳児健康診査総括票 甲

令和 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	31	請求
			決定
	2回目以降	32～44	請求
			決定
超音波検査	61～64	請求	
		決定	
子宮頸がん検診	04	請求	
		決定	
新生児聴覚検査		51	請求
			決定
乳児健康診査	6か月	11	請求
			決定
	9か月	12	請求
			決定
産婦健康診査		71、72	請求
			決定
1か月児健康診査		10	請求
			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、※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

妊産婦・乳児健康診査総括票 乙

令和 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	31	請求
			決定
	2回目以降	32～44	請求
			決定
超音波検査	61～64	請求	
		決定	
子宮頸がん検診	04	請求	
		決定	
新生児聴覚検査		51	請求
			決定
乳児健康診査	6か月	11	請求
			決定
	9か月	12	請求
			決定
産婦健康診査		71、72	請求
			決定
1か月児健康診査		10	請求
			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、※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

参考様式(保険診療を取り扱わない医療機関の場合)

妊産婦・乳児健康診査委託料請求書

長 殿

医療機関名

所在地

電話番号

開設者氏名

印

令和 年 月に実施した妊産婦健康診査委託料、1か月児健康診査委託料及び乳児健康診査(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。

令和 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			
産婦健康診査			
1か月児健康診査			
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	普通・当座	口座番号
	フリガナ 氏名		

【送付先】 _____

連絡票

※下記の太枠の個人情報について、FAX 送付時は、未記載とし、電話でのやり取りで共有するものとする。

母 氏名	生年月日	年	月	日 (歳)
児 氏名	生年月日	年	月	日
	出生体重	g (在胎週数 週 日)		
住所	電話番号			

連絡事項 【産婦健診 ・ 1か月児健診 ・ その他】 受診日： 年 月 日

メンタルヘルスの連絡の目安

アンケート1 合計9点以上
問10 1点以上
アンケート2 合計3点以上

※産婦健診以外の場合は、記載不要

アンケート1 合計 点
問10 点
アンケート2 合計 点

母等への説明内容

- (1) 情報提供の同意
- (2) 専門病院受診の必要性の説明
- (3) 専門病院紹介先

有 無 未確認
済 未 不要

医療機関名：

紹介状： 有 無

その他

上記のとおり、連絡します。

年 月 日

機関名

氏 名

所在地

電話番号

時 分頃 お電話します。

時 分頃 お電話ください。

1 か月児健康診査のご案内

○●令和8年10月1日以降に受診された方が、この受診票を使用できます●○

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生後1か月の赤ちゃんは、都内委託医療機関で公費で受けられます。

1 受診の方法

この「受診票」を、東京都内の医療機関の窓口へ提出してください。

2 受診の時期

生後28日から生後41日まで（出生日を0日目と数えます）

3 受診票の記入

上段の太わく内は、保護者の方が記入してください。

3枚複写のため、強めに記入をお願いします。

4 診査項目

- 身体発育状況、栄養状態、疾病及び異常の有無
- 新生児聴覚検査、先天性代謝異常等検査の実施状況の確認
- ビタミンK2投与の実施状況の確認 など

※受診票に記載の項目については、公費負担の対象になります。

そのほかに必要な健診、治療が行われた場合は、自己負担額が発生しますので、ご了承ください。

5 注意事項

- 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。
- 受診の際には、母子健康手帳をお持ちください。
- 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。
- この受診票は原則、再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。
- この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。