

1か月児健康診査受診票

(注) 赤い太線内は保護者が記入してください。
 受診手続等については、裏面「乳児の保護者の方へ」をご覧ください。
 生後28日から満6週になる前の日までに使用してください。

乳児1か月

令和8年
 4月以降
 に妊娠届
 出した方
 に配布

1か月児健康診査受診票			
乳児氏名	男・女	保護者	父氏名
生年月日	年 月 日	氏名	母氏名
妊娠期間	週	生まれた時の体重	kg
産後2週間の産婦健康診査の有無			有 無
エジンバラ産後うつ問診表の記入			有 ()点 無
2か月頃からはまる予防接種の内容についてご存じですか。	1 はい 2 いいえ		
お乳(ミルク)をよく飲みますか。	1 はい 2 いいえ		
元気な声で泣きますか。	1 はい 2 いいえ		
大きな音にビックリ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。	1 はい 2 いいえ		
お乳(ミルク)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。	1 はい 2 いいえ		
からだ特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。	1 はい 2 いいえ		
うすい黄色、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。	1 はい 2 いいえ		
あなたの顔をじっとみつめることがありますか。	1 はい 2 いいえ		
裸にすると手足をよく動かせますか。	1 はい 2 いいえ		
現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか。	1 なし 2 あり(1日__本)		
現在、あなた(お母さん)は飲酒をしていますか。	1 なし 2 あり		
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。	1 なし 2 あり(1日__本)		
窒息の可能性がある柔らかい寝具を避け、仰向けに寝かせていますか。	1 はい 2 いいえ		
ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまうような工夫をしていますか。	1 はい 2 いいえ		

(注) 赤い太線内は保護者が記入してください。
 裏面の赤い太線内も保護者が記入してください。

1か月児健康診査受診票	
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。	1 はい 2 いいえ
(きょうだいがいらいしゃる方へ) きょうだいのことで相談したいことはありますか。	1 はい 2 いいえ
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。	1 そう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらかといえばそう思わない 4 そう思わない
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。	1 いいえ 2 はい
現在の生活や経済的状况を総合的にみて、どう感じていますか。	1 大変ゆとりがある 2 ややゆとりがある 3 普通 4 やや苦しい 5 大変苦しい
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。	1 いいえ 2 はい
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。	1 いいえ 2 はい
あなたご自身の睡眠で困っていることがありますか。	1 いいえ 2 はい
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。	1 はい 2 いいえ
あなたは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。	1 はい 2 いいえ 3 何ともいえない
赤ちゃんをいとおしい(大切・かけがえのない)と感じますか。	1 はい 2 いいえ
子育てについて不安や困難を感じることはありませんか。	1 はい 2 いいえ
心配なこと、相談したいことがあれば書いてください。	相談

見本

生後28日
 から満6週
 になる前
 の日までの
 期間以外
 では使用
 できません。

受診日が
 令和8年
 4月1日
 以降であ
 るものが
 償還払い
 対象です。

〇岡山市居住の生後28日～満6週になる前の日までの乳児はこの受診票により無料で健診が受けられます。

医療機関コード	
保険者コード	330019
	岡山市管内

1か月児健康診査依頼票											
※乳児カナ氏名欄は左詰めで記入し、氏と名の間は1マスあけ、濁点も1マス使用してください。 (注)赤い太線内は保護者が記入してください。											
乳児住所	岡山市										
乳児カナ氏名 ※											
生年月日(西暦)	2	0									1-男
携帯電話番号	—										
電話番号	—										
健診年月日(西暦)	2	0									2-女
上記乳児の1か月児健康診査を依頼します。 健康診査実施機関の長 様 岡 山 市 長											

乳児の保護者の方へ

(ア) 出生日を0日として、生後28日になった日から満6週になる前の日まで(41日)に岡山市に居住する乳児について、この受診票により無料で健診が受けられます。

(イ) 健診を受けるときは、保護者記入欄に記入のうえ、親子手帳とともに医療機関へ提出してください。また、医療機関での混雑や病気の感染を避けるために、健診1時間前もって医療機関と打合せしてください。

(ウ) この受診票は、健診日に岡山市に住居登録のある乳児が使用できます。市外へ転出される方は、転出先の市区町村窓口へお問い合わせください。

(エ) 健診の結果、医療を要する場合があります。念のため健康保険証もしくはマイナ保険証と乳幼児医療費受給資格証を持参してください。

(オ) その他不明な点は保健所にお問い合わせください。

(カ) 県外の医療機関を受診するときは、この受診票に検査結果等を記入してもらい、全額自己負担した領収書とともに保存しておいてください。妊産婦健診と同様に、償還払いの申請を岡山市にすることで、基準額を上限に、払い戻しを受けることができます。(P3. 参照)

医療機関の方へ

(ア) 1か月児健診を実施し、結果票に健診結果、実施機関の名称等を記入してください。

(イ) この受診票による健康診査は、岡山市に住居登録がある生後28日になった日から満6週になる前の日までの乳児に限ります。

※岡山県内の医療機関の場合

- 本健診の費用は、対象者に請求しないで、1か月分をとりまとめ、それに乳児一般健康診査費請求書を添付して健診日の翌月10日までに岡山県国民健康保険団体連合会へ送付してください。

※岡山県以外の医療機関の場合

- 本票は、検査結果等を記入して乳児の保護者にお返しください。
- 本健診の費用は、乳児の保護者に全額請求し、領収書を発行してください。

1か月児健康診査結果票												
健診年月日	年 月 日											
健診時の月齢	生後 日											
測定	体重	g		頭囲	cm							
	身長	cm		栄養法	母乳・混合・人工乳							
1 身体的発育の異常	無	有	9 腹部・背部部	1 臍:肉芽・ヘルニア	無	有	2 臍腫瘍	無	有	3 そけいヘルニア	無	有
2 外姿奇形	無	有	10 四肢	1 四肢の運動制限	無	有	2 内反足	無	有			
3 姿勢の異常	無	有	11 神経学的異常	1 マロー反射	無	有	2 膝-アス	無	有			
4 皮膚	1 黄斑	無	有	12 染色体異常	1 染色体異常	無	有	2 大腸/そけい皮膚瘻管の非対称	無	有		
	2 血管腫	無	有	3 不全リスク因子	3 家族歴	無	有	4 女児	無	有		
	3 胎記	無	有	(1または2-5の2項目以上)	5 骨盤位分娩	無	有					
	4 その他	無	有									
5 顔面	1 顔面大	無	有	13 その他の異常	無 有 ()							
	2 顔面小	無	有									
	3 その他	無	有									
6 顔	1 特殊な顔貌	無	有	14 新生児聴覚検査	正常・検査中(右・左)・未							
	2 目(白濁・赤眼・角膜混濁・目の異常)	無	有	15 先天性代謝異常等の結果説明	済 未							
	3 口(口唇裂・口蓋裂)	無	有	16 視色カード	済 未							
	4 耳(小耳症・副耳・耳瘻孔等)	無	有									
7 顔部	1 斜視	無	有	17 ビタミンK2投与	() 届済 未 有							
	2 その他の顔部腫瘍	無	有									
8 胸部	1 胸部の異常	無	有									
	2 呼吸の異常	無	有									
	3 心臓音	無	有									
	4 不整脈	無	有									
判定	① 1 異常なし 2 経過観察 3 要精密 4 要治療											
育児環境等	1 良 2 疑(①)母の健康状態 ②家族等の健康状態 ③その他()											
心配事	1 無 2 有()											
宗 費	1 良 2 要指導											
医療機関の所在地・名称 担当医師名												

注:医療機関へのお願いは〇〇上記欄に医療機関コードを記入してください。

見本