

長野県外医療機関 様

1か月児健康診査について(依頼)

長野県 佐久市

佐久市では、「1か月児健康診査受診票(補助券)」を交付して、1か月児健康診査に係る費用を公費負担しております。

ただし、当市で交付している受診票は、長野県外の医療機関では使用できないため、県外医療機関で1か月児健康診査を受診された方には、受診者からの申請により償還払いを行います。

つきましては、下記のとおりご対応いただきますようお願いいたします。

記

1 1か月児の保護者が持参した「1か月児健康診査受診票(補助券)」へ健診結果及び実施医療機関名等の記入をお願いいたします。記入後は、保護者へ受診票をお戻しください。

※記載箇所については裏面をご覧ください。

助成の対象は、以下の6項目をすべて実施している場合に限ります。(受診票に記載箇所あり)

①身体発育状況 ②栄養状態 ③疾病及び異常の有無 ④新生児聴覚検査及び先天性代謝異常検査の実施状況の確認 ⑤ビタミンK2投与の実施状況の確認 ⑥育児上問題となる事項

2 母子健康手帳の「1か月児健康診査等」の記載箇所に健診結果の記入をお願いいたします。

3 健診料は、保険適用外が分かる形で領収書の発行をお願いいたします。

4 1か月児の体調等により、健診内容の追加や変更に伴い追加費用が発生した場合には、保護者の自己負担となります。

5 健診料の償還払い額を決定するにあたり、1か月児健康診査の内容、単価等について貴院へ問い合わせをする場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

以上、お手順をお掛けしますが、よろしくお願いいたします。

<問合せ先>

佐久市役所 健康づくり推進課 健康増進係 電話:0267-62-3189(直通)

1 か 月 児 健 康 診 査 受 診 票 (補助券)

交付番号

年 月 日交付

市 町 村 名			
1 か月児氏名	生 年 月 日	年 月 日	TEL 携帯
保護者氏名	住 所		

上記1か月児の健康診査を依頼します。

受 診 日	年 月 日	(生後 1 か月 日)	正常・精査中(右・左)・未実施
体 重	g	検査状況	先天性代謝異常等検査 結果説明済・結果未説明 番
身 長	cm	便色カード	
頭 囲	cm	ビタミソK2の投与	実施・未実施
養 法	母乳・混合・人工乳		
身体的発育異常			
外表面形			
姿勢の異常			
皮膚	黄疸・血管腫・色素異常・その他()		
頭部	頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常		
顔	特異顔貌・目の異常・口の異常・耳の異常		
頸部	斜頸・その他の頸部腫瘍		
胸部	胸部の異常・呼吸の異常・心雑音・不整脈		
腕部・腰部	臍(肉芽・ヘルニア)・腹部腫瘍・そけいヘルニア・仙骨部の異常		
四肢	四肢の運動制限・内反足		
神経学的異常	モロー反射・筋トーンス		
発育性股関節形成不全	股関節閉鎖・その他(大腿(そけい)皮膚腫瘍の非対応・家族歴・女児・骨盤広分枝)※ 股関節閉鎖・または他の項目から2項目以上の該当があればリスク因子		
その他の異常	無・有(保護者の心身状態・その他())		
養育状況等の懸念	無・有()		
保護者の心配ごと	無・有()		
栄養	良・有指導		
その他			
1 異常なし			
2 既医療	()		
3 要経過観察	()		
4 要精検	()		
5 要治療	()		
(病名)	診査医師氏名		
子育て支援の必要性の判定 特に問題なし・保健師による支援が必要・その他の支援が必要			

1 か 月 児 健 康 診 査 料 請 求 書

金 円

上記のとおり1か月児健康診査を実施したので診査料を請求します。

長野県

長 殿

医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関の所在地

名称

医療機関の長

太枠部分は、保護者が記入してください。
点線枠分は医療機関にて記入してください。

1か月児健康診査問診票 ※太線枠内へご記入の上、医療機関に提出してください。

記入者氏名	子氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日
の出 生 状 況					
出生時体重 () kg					
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、泣き出したりすることはありませんか。					
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 からだが特に蒸らかいとか寒いとか感じたことがありますか。					
6 うすい黄色、もしくはうすいグリーン色の便(便色カード1〜3番)が続いていますか。					
7 あなたの顔にじつとみづ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授乳をしていますか。					
10 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は授乳をしていますか。					
11 意識の可能性がある素raidい寝具等を感じて、仰向けに寝かせていますか。					
12 ソファやベッr、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工夫をしていますか。					
13 あなたはゆつ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 赤ちゃんといて不安や困難を感じてはありますか。					
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いますか。					
17 (きょうだいがいらずしやる方へ) きょうだいのご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分からなくなってしまうことがありますか。					
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 物事に對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。					
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。					
後子 補助					
その 他					
お子さんに関して相談したいことがあれば書いてください。					

保護者の方へ

1. この受診票は、あなたの赤ちゃんの健康状態を医師に診査してもらうためのものです。
2. この健康診査は、できるだけ生後1か月(おおよそ生後28日〜6週未満)の間に受診するようにしてください。

に必要と認めて行う検査及び市費に要した費用は含まれません。
ことができます。また、県保健などでも市町村が特に必要と認めて他県の

者氏名及び住所等を記入し、母子健康手帳と一緒に受診する医療機関に
い。

この受診票は、「医療機関記入事項」欄及び「1か月児健康診査請求書」の請求年月日、医療機関番号、医療機関の所在地・名称・医療機関の長を記入のうえ、妊婦一般健康診査料等請求書封筒表を添付し、診査実施月の翌月15日まで、(都市医師会を窓口) 長野県国民健康保険団体連合会に提出してください。
医療機関番号は、保険診療で現在使用している番号を記入してください。