

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、お手数をお掛けしますが、よろしくをお願いいたします。

<問合せ先>

佐久市役所 こども家庭支援課 母子保健係 電話:0267-77-7492(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, 保護者氏名, 住所, TEL 携帯

上記1か月児の健康診査を依頼します。

受診日, 検査項目, 検査結果, 医師の意見, 検査項目指示事項

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。

1 か月児健康診査料請求書

金 円

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 ※太枠内へご記入の上、医療機関に提出してください。

出生時体重, 1 お乳をよく飲みますか, 2 元気が声で返きますか, 3 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, 4 からだが特に蒸らいかいとか暖いと感じることがありますか, 5 うすい黄色、もしくはうすいワリ～ム色の便(便色カード1～3番)が続いていますか, 6 あなたの顔色と手足をよく動かしませんか, 7 現在の様子と比べて不安や困難を感じることはありませんか, 8 現在、お子さんのお母さん(パートナー)は腹痛をしていますか, 9 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は腹痛をしていますか, 10 嘔吐の可能性がある蒸らいかい(嘔吐)を避け、即向けに寝かせていますか, 11 ソファやベッパ、抱っこひもなどを転落、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, 12 あなたはゆつたりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか, 13 赤ちやんをいとおしく感じますか, 14 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, 15 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, 16 子育てについて興味や関心がある人やサポートしてくれる人はいませんか, 17 (きょうだいがいらいらつちやんの方)きょうだいのことで相談したいことはありませんか, 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、どう対応したらよいか分からなくなりましたか, 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 物事に對して興味や関心がない、あるいは心から乗じ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せんか, 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か月頃頃から始まる予防接種の所要についてご存知ですか, その他

保護者の方へ

1. この受診票は、あなたの赤ちや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(お誕生日後28日～6週未満)の間に受診するようにしてください。

に必要と認めらるる検査及び治療に要した費用は含まれません。

保護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

提出してください。

この受診票は、「医療機関記入事項」欄及び「1か月児健康診査料請求書」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請求書と併せて、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。

医療機関の長

医療機関番号

医療機関の所在地

名称

医療機関の長