



県外の医療機関で受診する1か月児健康診査について

今回交付しました受診票は、長野県外の医療機関では使用できません。
 県外で1か月児健康診査を受診される場合は、所定の健診料をお支払いいたしますので、
 以下のとおりお手続きをお願いします。※受診日に佐久市に住民票のあるお子様のみ対象です。



1か月児健康診査から助成金申請手続きの流れ

1か月児健診を受診

「1か月児健康診査について」と問診を記入した「1か月児健康診査受診票(補助券)」を医療機関へ提出

自費で健診料を支払う

領収書・明細書をとっておく(申請時に必要となります)

市役所窓口で申請

以下の書類を持参し、佐久市健康づくり推進課(各支所)で手続き

口座に入金

「交付決定・確定通知書」が届いてから概ね1か月



必ず医療機関に「1か月児健康診査受診票(補助券)」を記入してもらう



申請の時の持ち物

佐久市1か月児健康診査県外受診補助金交付申請書兼請求書【様式第1号】
受診医療機関が発行した1か月児健診の領収書と明細書の写し
1か月児健診の記録がある母子健康手帳の写し
医療機関等で健診の結果を記入した「1か月児健康診査受診票(補助券)」
入金する口座の通帳(請求書にご記入いただいた金融機関情報を確認するため)
委任状(入金する口座が配偶者等の名義の場合)



留意事項

- ① 助成金の額は、県外受診に要した額又は佐久市が一般社団法人長野県医師会と締結する委託契約において定めた健診料の額のいずれか少ない額です。
- ② 市からお支払いする健診料の対象は、母子健康手帳「1か月児健康診査等」に記載のある健康診査で、市の「1か月児健康診査受診票(補助券)」に医療機関等による結果の記載があるものです。健診前に受診票の問診を記入してください。健診後は、母子手帳と受診票に医療機関による結果等の記載があるかをご自身でも確認しましょう。

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

- ③ 申請期限: 県外受診をした日から1年以内です。

★裏面あります★

【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	
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。

医療機関の名称			
---------	--	--	--

受 診 日	年 月 日	(生後 か月 日)	
-------	-------	-----------	--

身体計測	身長	体重	検査状況	新生児聴覚検査	先天性代謝異常等検査	正常・精査中(右・左)・未実施	結果説明済・結果未説明	結果未説明	番
栄 養 法	母乳	混合	人工乳	等	ビタミンスK2の投与	実施	未実施		

身体的発育異常									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

外表奇形									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

腹部・腰背部	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								
--------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

骨質性股関節形成不全	股関節前開非制限 ・ その他 (大腿/そけい皮膚腫瘍の非対称 ・ 家族歴 ・ 女児 ・ 骨盤位分娩) ※ 股関節前開非制限、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									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

養育状況等の概念	無 ・ 有 (保護者の心身状態 ・ その他 ())								
----------	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

保護者の心配ごと	無 ・ 有 ()								
----------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

栄養	良 ・ 要指導								
----	---------	--	--	--	--	--	--	--	--

1 異常なし									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 既医療	()								
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--

3 要経過観察	()								
---------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--

4 要精検 (検査項目)	()								
--------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--

5 要治療 (病名)	()								
------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--

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 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	長野県	長野県	長野県	長野県	長野県	長野県	長野県	長野県	長野県
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

医療機関番号	医療機関の所在地	名称	医療機関の長
--------	----------	----	--------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
-------	-------	-------	-------

1 か月児健康診査問診票 ※本様枠内へご記入の上、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 (第 子)	生年月日	年 月 日
-------	-----	----	-----------	------	-------

の出生日時	在胎週数	() 週 () 日
-------	------	-------------

1 お乳をよく飲みますか。	はい ・ いいえ
---------------	----------

2 元気な声で泣きますか。	はい ・ いいえ
---------------	----------

3 大きな音に怯つと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはあります。	はい ・ いいえ
-------------------------------------	----------

4 お乳を飲むや泣いた時に唇が紫色になることがあります。	はい ・ いいえ
------------------------------	----------

5 からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがあります。	はい ・ いいえ
-------------------------------	----------

6 うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1〜3番)が続いています。	はい ・ いいえ
---	----------

7 あなたの顔と口とみつめることがあります。	はい ・ いいえ
------------------------	----------

8 裸にするとうるむをよこ動かします。	はい ・ いいえ
---------------------	----------

9 現在、お子さんのお母さん(パートナー)は母乳をしています。	なし ・ あり (1日 本)
---------------------------------	----------------

10 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は母乳をしています。	なし ・ あり (1日 本)
----------------------------------	----------------

11 驚きの可能性がある素早く(道具等)を避け、仰向けに寝かれています。	はい ・ いいえ
--------------------------------------	----------

12 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。	はい ・ いいえ
---	----------

13 あなたはめつたりとした気分でお子さんとは過ごせる時間があります。	はい ・ いいえ
-------------------------------------	----------

14 赤ちゃんをいとおしく感じています。	はい ・ いいえ ・ なんとかもない
----------------------	--------------------

15 子育てについて不安や困難を感じることがあります。	はい ・ いいえ ・ なんとかもない
-----------------------------	--------------------

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。	はい ・ いいえ ・ なんとかもない
--------------------------------------	--------------------

17 (きょうだいがいらずしやるか) きょうだいのことで相談したいことはあります。	はい ・ いいえ
---	----------

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。	はい ・ いいえ
--	----------

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。	はい ・ いいえ
--	----------

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。	はい ・ いいえ
----------------------------------	----------

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す。	はい ・ いいえ
-------------------------------------	----------

22 物事に対して興味がおわかない、あるいはから楽しんでいない感じがよくあります。	はい ・ いいえ
---	----------

23 あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。	はい ・ いいえ
-----------------------------	----------

24 あなたは、ときどきご自身の時間をもちことはできています。	はい ・ いいえ
---------------------------------	----------

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。	はい ・ いいえ
--------------------------------	----------

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

本枠部分は、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。

産してもらうためのものです。

18日〜6週未満)の間に受診するようにしてください。

医師が特に必要と認めて行う検査及び治療に要した費用は含まれません。

は受診することができません。また、県境などで市町村が特に必要を認めて他県の

に受診することができません。

6. 健康診査を受ける際は、受診票に1か月児の氏名、生年月日、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。

7. 転居等された場合は、新居住地の市町村へお問い合わせください。

医療機関の方へ

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随時表を添付し、診査実施月の翌月15日までに、(都市医師会を經由)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。