別記様式　第１号（第４条関係）

１か月児健康診査受診票兼結果票

みほん

受診　　年　　月　　医療機関コード　　＊太枠は保護者の方が記入し医療機関に提示し受診してください。

発券番号	健診コード		市町村コード		年	受診者番号				CD
	1	9	0	3						

ふりがな 乳児氏名		生年月日	
ふりがな 保護者氏名		電話番号	
住　所	岐阜県		

保護者が記入

上記の乳児の健康診査を依頼します。裏面の保護者記入の問診票をご確認ください。

年　　月　　日

医療機関の長　　様　　高山市長

身体測定【生後（　　）日】

身　長	体　重	頭　囲	栄　養　法
cm	g（増加量　　g/日）	cm	母乳　・　混合　・　人工乳

診察所見

1	身体的発育異常	所見なし　・　所見あり〔　　〕
2	外表奇形	所見なし　・　所見あり〔　　〕
3	姿勢の異常	所見なし　・　所見あり〔　　〕
4	皮膚	所見なし　・　所見あり〔ア 黄疸　イ 血管腫　ウ 色素異常　エ その他（　　）〕
5	頭部	所見なし　・　所見あり〔ア 頭血腫　イ 頭囲拡大　ウ 小頭症　エ 縫合異常〕
6	顔	所見なし　・　所見あり〔ア 特異的顔貌　イ 目:白色瞳孔･角膜混濁･眼瞼の異常等　ウ 口:口唇裂･口蓋裂　エ 耳:小耳症･副耳･耳瘻孔等〕
7	頚部	〕
8	胸部	エ 不整脈〕
9	腹部･腰背部	ルニア　エ 仙骨部の異常〕
10	四肢	〕
11	神経学的異常	所見なし　・　所見あり〔ア モロー反射　イ 筋トーヌス〕
12	発育性股関節形成不全リスク因子（ア、またはイからオの2項目以上）	リスクなし　・　リスクあり〔ア 股関節開排制限　イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称　ウ 家族歴　エ 女児　オ 骨盤位分娩〕
13	その他の異常	所見なし　・　所見あり〔　　〕
14	新生児聴覚検査	正常 ・ 精査中（ 右 ・ 左 ）・ 未
15	先天性代謝異常等検査の結果説明	済　・　未　　先天性代謝異常等検査の異常　無　・　有〔　　〕
16	便色カード	番
17	ビタミンK_2の投与	できている　・　できていない
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		
診査医名		

赤枠内を医療機関で記入してもらってください。

育児環境等	ア 母の心身状態〔良好 ・ 不良〕　イ その他〔　　〕
心配事	無　・　有〔　　〕
栄養	良 ・ 要指導
子育て支援の必要性の判定	1 特に問題なし　2 保健師による支援が必要　3 その他の支援が必要（　　）
判定者	
記事(要紹介となった場合の結果等)	

依頼のあった乳児の１か月児健康診査結果は上記のとおりです。

委託医療機関名、担当医師

１か月児健康診査請求書

金　　円也　　左記のとおり１か月児健康診査に要した費用を請求します

年　　月　　日　　委託医療機関の名称、住所、代表者名

高山市長　様

切り取り線　（　於　医療機関　）

１か月児健康診査請求書

医療機関控

金　　円也

乳児氏名

市町村名　高山市

請求年月日　　年　　月　　日

健診コード		市町村コード		年	受診者番号				CD
1	9	0	3						