

1 か月児健康診査のご案内

○●令和8年10月1日以降に受診された方が、この受診票を使用できます●○

赤ちゃんが健やかに育つためには、定期的な健康診査が必要です。

東京都にお住まいの生後1か月の赤ちゃんは、都内委託医療機関で公費で受けられます。

1 受診の方法

この「受診票」を、東京都内の医療機関の窓口へ提出してください。

2 受診の時期

生後28日から生後41日まで（出生日を0日目と数えます）

3 受診票の記入

上段の太わく内は、保護者の方が記入してください。

3枚複写のため、強めに記入をお願いします。

4 診査項目

- ・身体発育状況、栄養状態、疾病及び異常の有無
- ・新生児聴覚検査、先天性代謝異常等検査の実施状況の確認
- ・ビタミンK2投与の実施状況の確認 など

※受診票に記載の項目については、公費負担の対象になります。

そのほかに必要な健診、治療が行われた場合は、自己負担額が発生しますので、ご了承ください。

5 注意事項

- ・医療機関では、混雑や病気の感染を避けるため健康診査の日時を定めている場合がありますので、前もって医療機関へ照会してください。
- ・受診の際には、母子健康手帳をお持ちください。
- ・他道府県に転居された場合、この受診票を使用することはできません。
転出先で再度受診票を交付してもらってください。
なお、都内の他の区市町村に転居された場合、この受診票はそのまま使用できます。
- ・この受診票は原則、再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。
- ・この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

1 か月児健康診査受診票（甲） 医療機関控

保護者の方へ

◎太わくの中は健康診査を受ける前に必ず記入してください。
◎この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。
◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、
医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

下記の者の健康診査を依頼します。

住所コード							
住所						電話	
フリガナ		男・女		生年月日		西暦 年 月 日(生後 日)	
乳児氏名							
フリガナ							
保護者氏名				乳児の被保険者番号 (わかる場合のみ記入)			
出生時の状況		体重 g		週数 週 (か月)			
当てはまるものに○をつけてください。							
(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				はい・いいえ			
(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				いいえ・はい			
(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か				いいえ・はい			
(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)が続いていますか				いいえ・はい			
(7)あなたの顔をじっとみつめることがありますか				はい・いいえ			
(8)裸にすると手足をよく動かしますか				はい・いいえ			
(9)現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか				なし・あり(1日 本)			
(10)現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか				なし・あり(1日 本)			
(11)窒息の可能性のある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか				はい・いいえ			
(12)ソファやベッド、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか				はい・いいえ			
(13)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				はい・いいえ・何ともいえない			
(14)赤ちゃんをいとおしいと感じますか				はい・いいえ・何ともいえない			
(15)子育てについて不安や困難を感じることはありますか				はい・いいえ・何ともいえない			
(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ますか				はい・いいえ			
(17)(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか				いいえ・はい			
(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				そう思う・どちらかといえばそう思う・ どちらかといえばそう思わない・そう思わない			
(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わからなくなったことがありますか				いいえ・はい			
(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				大変ゆとりがある・ややゆとりがある・ 普通・やや苦しい・大変苦しい			
(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				いいえ・はい			
(22)物事に対して興味がわかない、心から楽しめない感じがよくありましたか				いいえ・はい			
(23)あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか				いいえ・はい			
(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				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			

都内委託医療機関 様

○ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。区市町村のフォローを急ぐ場合は、直接区市町村担当課へご連絡ください。

受診年月日		西暦 年 月 日	
身長		体重	
cm		g(増加量 g/日)	
身体的発育異常		外表奇形	
なし・あり()		なし・あり()	
皮膚の所見		頭部の所見	
なし・黄疽・血管腫・色素異常・その他		なし・頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常	
顔の所見		胸部の所見	
1 特異的顔貌 2 目 3 口 4 耳		1 なし 2 胸部の異常 3 呼吸の異常 4 心雑音 5 不整脈	
四肢の所見		発育性股関節形成不全リスク因子	
なし・運動制限・内反足		1 リスク因子なし 2 股関節開排制限 3 大腿/そけい皮膚溝の非対称・家族歴・女児・骨盤位分娩	
新生児聴覚検査		先天性代謝異常等検査 結果確認	
1 正常 2 要精査(精査中・精査未) 3 未		異常なし・異常あり	
【2要精査の場合】先天性代謝異常検査 1 済 2 未		番	
育児環境等の所見		心配事	
なし・保護者の心身状態() その他()		なし・あり()	
その他の異常			
総合判定		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()	
今後の指導と 区市町村への 連絡事項		1 当院で行う(保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) 2 区市町村で行う(保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中() 4 その他	
1か月児健康診査の結果は上記のとおりです。 西暦 年 月 日			
所在地 医療機関名 医師名		医療機関コード	

1 か月児健康診査受診票（乙）

請求原票・結果通知票

医療機関へのお願い

この受診票（乙）は当月分をお取りまとめの上、「妊産婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。

住所コード									
住所						電話			
フリガナ				男・女	生年月日	西暦	年	月	日(生後 日)
フリガナ				乳児の被保険者番号 (わかる場合のみ記入)					
保護者氏名									
出生時の状況		体重 g		週数		週 (か月)			
当てはまるものに○をつけてください。									
(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						はい・いいえ			
(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						いいえ・はい			
(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か						いいえ・はい			
(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)が続いていますか						いいえ・はい			
(7) あなたの顔をじっとみつめることがありますか						はい・いいえ			
(8) 裸にすると手足をよく動かしますか						はい・いいえ			
(9) 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか						なし・あり(1日 本)			
(10) 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか						なし・あり(1日 本)			
(11) 窒息の可能性のある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか						はい・いいえ			
(12) ソファやベッド、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか						はい・いいえ			
(13) ゆっ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						はい・いいえ・何ともいえない			
(14) 赤ちゃんをいとおしいと感じますか						はい・いいえ・何ともいえない			
(15) 子育てについて不安や困難を感じることはありますか						はい・いいえ・何ともいえない			
(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ますか						はい・いいえ			
(17) (きょうだいがいらっしゃる方へ) きょうだいのことで相談したいことはありますか						いいえ・はい			
(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						そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない			
(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わからなくなったことがありますか						いいえ・はい			
(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						大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい			
(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						いいえ・はい			
(22) 物事に対して興味がわかない、心から楽しめない感じがよくありましたか						いいえ・はい			
(23) あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか						いいえ・はい			
(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						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			

都内委託医療機関 様

〇ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。区市町村のフォローを急ぐ場合は、直接区市町村担当課へご連絡ください。

受診年月日		西暦		年	月	日
身長		体重		頭囲		栄養法
cm		g (増加量 g/日)		cm		母乳 ・ 人工乳 ・ 混合
身体的発育異常		外表奇形		姿勢の異常		
なし・あり ()		なし・あり ()		なし・あり ()		
皮膚の所見		頭部の所見		頸部の所見		
なし・黄疽・血管腫・色素異常・その他		なし・頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常		なし ・ 斜頸 ・ その他の頸部腫瘍		
顔の所見		胸部の所見		腹部・腰背部の所見		
1 特異的顔貌 2 目 3 口 4 耳		1 なし 2 胸部の異常 3 呼吸の異常 4 心雑音 5 不整脈		1 なし 2 臍(肉芽・ヘルニア) 3 腹部腫瘍 4 そけいヘルニア 5 仙骨部の異常		
四肢の所見		神経学的異常		発育性股関節形成不全リスク因子		
なし・運動制限・内反足		なし・モロー反射異常・筋トーンス異常		1 リスク因子なし 2 股関節開排制限 3 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ・ 家族歴 ・ 女児 ・ 骨盤位分娩		
新生児聴覚検査		先天性代謝異常等検査 結果確認		便色カード		ビタミンK ₂ 投与
1 正常 ・ 2 要精査 (精査中 ・ 精査未) ・ 3 未 【2要精査の場合】 先天性サトガ 叫び声検査 1 済 ・ 2 未		異常なし ・ 異常あり		番		できている ・ できていない
育児環境等の所見		心配事		栄養		
なし・保護者の心身状態 () その他 ()		なし・あり ()		良 ・ 要指導		
その他の異常						
総合判定		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 ()				
今後の指導と 区市町村への 連絡事項		1 当院で行う (保健指導 ・ 栄養指導 ・ 経過観察 ・ 治療 ・ 他機関紹介) 2 区市町村で行う (保健指導 ・ 栄養指導 ・ 経過観察 ・ 精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中 () 4 その他				
1か月児健康診査の結果は上記のとおりです。 西暦 年 月 日						
所在地 医療機関名 医師名		医療機関コード				

1 か月児健康診査受診票（丙） 保護者控

保護者の方へ

- ◎太わくの中には健康診査を受ける前に必ず記入してください。
- ◎この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。
- ◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

住所コード								
住所							電話	
フリガナ							男・女	生年月日
乳児氏名							西暦	年 月 日(生後 日)
フリガナ							乳児の被保険者番号 (わかる場合のみ記入)	
保護者氏名								
出生時の状況	体重	g					週数	週 (か月)

○お子様の健康診査結果は、下記のとおりです。

受診年月日	西暦 年 月 日				
身長	体重		頭囲	栄養法	
cm	g (増加量 g/日)		cm	母乳 ・ 人工乳 ・ 混合	
身体的発育異常		外表奇形		姿勢の異常	
なし・あり ()		なし・あり ()		なし・あり ()	
皮膚の所見		頭部の所見		頸部の所見	
なし・黄疸・血管腫・色素異常・その他		なし・頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常		なし・斜頸・その他の頸部腫瘍	
顔の所見		胸部の所見		腹部・腰背部の所見	
1 特異的顔貌	なし・あり	1 なし	2 胸部の異常	1 なし	2 臍(肉芽・ヘルニア)
2 目	なし・白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等	3 呼吸の異常		3 腹部腫瘍	4 そけいヘルニア
3 口	なし・口唇裂・口蓋裂	4 心雑音	5 不整脈	5 仙骨部の異常	
4 耳	なし・小耳症・副耳・耳瘻孔等				
四肢の所見		神経学的異常		発育性股関節形成不全リスク因子	
なし・運動制限・内反足	なし・モロー反射異常・筋トーン異常	1 リスク因子なし		2 股関節開排制限	
		3 大腿/そけい皮膚溝の非対称・家族歴・女児・骨盤位分娩			
新生児聴覚検査		先天性代謝異常等検査 結果確認		便色カード	ビタミンK ₂ 投与
1 正常 ・ 2 要精査 (精査中 ・ 精査未) ・ 3 未		異常なし ・ 異常あり		番	できている ・ できていない
【2要精査の場合】 先天性代謝等検査		1 済 ・ 2 未			

その他の異常					
総合判定	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 ()				
今後の指導と 区市町村への 連絡事項	1 当院で行う (保健指導 ・ 栄養指導 ・ 経過観察 ・ 治療 ・ 他機関紹介) 2 区市町村で行う (保健指導 ・ 栄養指導 ・ 経過観察 ・ 精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中 () 4 その他				
1か月児健康診査の結果は上記のとおりです。 西暦 年 月 日					
所在地 医療機関名 医師名			医療機関コード		