

1 か月児健康診査受診票の利用について

1 1 か月児健康診査を受けましょう

1 か月児健康診査受診票の利用により、生後 27 日から生後 41 日目まで（生後 6 週間未満）の乳児を対象に、1 人 1 回まで、1 回につき 6,000 円を上限として、契約医療機関での 1 か月児健康診査の受診費用を助成します。乳児の健康管理や疾病等の早期発見のため、1 か月児健康診査を受けましょう。

2 受診票利用の注意点

- (1) 受診前に、受診票の太枠の中を記入のうえ、医療機関へ提出してください。
- (2) 契約医療機関に限りご利用いただけます。受診する際は、事前に医療機関にお問合せの上、受診してください。受診票を利用せず、自己負担で受診した費用を助成する「償還払い」の制度もあります。詳しくは千葉市ホームページをご覧ください。
- (3) 病気のときは利用できません。（健康保険の適用となる治療には、利用できません。）
- (4) 受診票は、生後 27 日から生後 41 日目まで（生後 6 週間未満）の乳児がご利用できます。
- (5) 受診時には母子健康手帳を持参してください。
- (6) 健康診査の結果として、受診票の母子健康手帳貼付用を母子健康手帳に貼付して保管してください。

【問い合わせ先】千葉市保健福祉局健康福祉部健康支援課
〒260-0025 千葉市中央区問屋町 1-35
千葉ポートサイドタワー 11 階
電話：043-238-9925

記入方法

千葉市母子健康手帳別冊の番号をご記入ください。

様式第 1 号 1 か月児健康診査 請求用健康診査

母子手帳番号
千葉市
No. 1 2 3 4 5 6 7

乳児氏名 千葉 太郎 性別 男 女

住所 千葉市 中央区 問屋町 西暦 20 年 2 月 5 日 1 日
1-2-3

TEL 090-1234-**** 退院時体重 3,000 g

●太枠の中は保護者自身で記入してください。

●医療機関で記入してください。

受診年月日 西暦 20 年 月 日 受診時年齢 日 月 日

体重 : g 退院からの体重増加量 : g/日

身長 : cm 頭囲 : cm

栄養法 母乳 混合 人工乳 栄養状態 良 要指導

新生児聴覚検査 正常 精査中(右) 精査中(左) 未実施

先天性代謝異常検査の結果説明 済 未実施

ビタミンK2の投与 できている できていない

診察所見 異常なし 要経過観察
 要精密検査 要治療 既医療

所見内容、紹介先など

子育て支援の必要性 特に問題なし 居住区健康課へ情報提供
 その他支援が必要

該当する□に✓をご記入ください。

太枠の中は保護者自身で記入ください。

ご記入にあたって

1. 使用する筆記用具については、以下をお使いください。
①黒色のボールペン ②黒色の鉛筆（HB以上の濃さのもの）
※後日の修正等を考慮し、『黒色鉛筆』のご使用をお勧めします。
2. 字体は楷書で、大きく、はっきり、枠内に収まるようにご記入ください。

様式第1号 **1か月児 請求用健康診査** 【対象】生後27日から生後41日目まで(生後6週間未満)

母子手帳番号
千葉市

No. _____

※千葉市外へ転出した方は利用できません。

● 太枠の中は保護者がご記入ください

1か月児健康診査 受診票

乳児氏名 _____ 性別 男 女

住所 千葉市 _____ 区 _____

生年 西暦20____年____月____日

退院時 体重 _____ g

TEL _____ - _____ - _____

● 医療機関で記入ください

受診年月日	西暦 20____年____月____日	受診時年齢	____日
体重	_____g	退院時からの体重増加量	_____g/日
身長	_____cm	頭囲	_____cm
栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導
新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精査中(右) <input type="checkbox"/> 精査中(左) <input type="checkbox"/> 未実施		
先天性代謝異常検査の結果説明	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未実施		
ビタミンK2の投与	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない		
診察所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 既医療 所見内容、紹介先など		
子育て支援の必要性	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 居住区健康課へ情報提供 <input type="checkbox"/> その他支援が必要		

◇ 1か月児健康診査 請求書

● 医療機関で記入ください

公費負担額 6,000円 西暦 ____年 ____月 ____日

上記の金額を請求します。

医療機関名 _____

所在地 _____

医師氏名 _____ (印)

様式第1号 **1か月児 医療機関控健康診査** 【対象】生後27日から生後41日目まで(生後6週間未満)

母子手帳番号
千葉市

No. _____

※千葉市外へ転出した方は利用できません。

● 太枠の中は保護者がご記入ください

1か月児健康診査 受診票

乳児氏名 _____ 性別 男 女

住所 千葉市 _____ 区 _____

生年 西暦20____年____月____日

退院時 体重 _____ g

TEL _____ - _____ - _____

● 医療機関で記入ください

受診年月日	西暦 20____年____月____日	受診時年齢	____日
体重	_____g	退院時からの体重増加量	_____g/日
身長	_____cm	頭囲	_____cm
栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導
新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精査中(右) <input type="checkbox"/> 精査中(左) <input type="checkbox"/> 未実施		
先天性代謝異常検査の結果説明	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未実施		
ビタミンK2の投与	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない		
診察所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 既医療 所見内容、紹介先など		
子育て支援の必要性	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 居住区健康課へ情報提供 <input type="checkbox"/> その他支援が必要		

◇ 1か月児健康診査 請求書

● 医療機関で記入ください

公費負担額 6,000円 西暦 ____年 ____月 ____日

上記の金額を請求します。

医療機関名 _____

所在地 _____

医師氏名 _____ (印)

様式第1号

1か月児健康診査

【対象】生後27日から
生後41日目まで
(生後6週間未満)

母子健康手帳
付用貼付

母子手帳番号

千葉市

No.

※千葉市外へ転出した方は利用できません。

1か月児健康診査 受診票

● 本校の中は保護者が
ご記入ください

乳児氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
住所 千葉市 区	西暦20	生年	月 日
TEL	退院時	体重	g

● 医療機関で
ご記入ください

受診年月日	西暦	年	月	日	受診時	日	年齢	日
体重	g	退院時からの	体重増加量	g/日				
身長	cm	頭囲	cm					
栄養法	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> 混合	<input type="checkbox"/> 人工乳	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 要指導		
新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 精査中(右)	<input type="checkbox"/> 精査中(左)	<input type="checkbox"/> 未実施				
先天性代謝異常検査の結果説明	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未実施						
ビタミンK2の投与	<input type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できていない						
診察所見	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 要経過観察						
	<input type="checkbox"/> 要精密検査	<input type="checkbox"/> 要治療	<input type="checkbox"/> 既医療					
所見内容、紹介先など								

◇ 1か月児健康診査 実施医療機関

● 医療機関で
ご記入ください

西暦	年	月	日
医療機関名			
所在地			
医師氏名	印		