

県外里帰り用受診券

神戸市 1 か月児健康診査問診票

上限6,000円まで助成を受けられます

利用時期：生後28日～生後 6 週未満

【保護者記入欄】

受診日現在の住民票 神戸市 _____ 区 ※受診日に神戸市に住民票がない場合は、本券を使用できません

児の氏名 () 令和 年 月 日生 (男 ・ 女)

・助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関（神戸市医師会に帰属する医療機関にあっては神戸市医師会）に委任します。また、この健診等の結果を神戸市へ送付されることに同意します。
・不正があった場合、全額返還します。

氏名 _____

問診票記入者 (母 ・ 父 ・ その他 ())

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

出生時の状態	在胎週数 () 週	出生時体重 () g
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。
3 大きな音にピクッ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番から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 窒息の可能性が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、抱っこひもなどから転落、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 あなたは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。	(いいえ・はい・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りまし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らない、あるいは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)	

何か相談したいことや心配なことがありましたら、何でもご記載ください。

<1か月児健診受診券>

県外里帰り用受診券

神戸市 1 か月児健康診査 健診票兼請求依頼書

上限6,000円まで助成を受けられます

利用時期：生後28日～生後 6 週未満

【医療機関記入欄】

受診日 令和 年 月 日

身体測定 (生後 () 日)			
体重	身長	頭囲	栄養法
g (増加量 g/日)	cm	cm	母乳・混合・人工乳

診 察 所 見	1 身体的発育異常 ☐ あり ()	9 腹部・腰背部
	2 外表奇形 ☐ あり ()	ア 臍：肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘤
	3 姿勢の異常 ☐ あり ()	ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常
	4 皮膚 ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他	10 四肢 ア 四肢の運動制限 イ 内反足
	5 頭部 ア 頭血腫 イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常	11 神経学的異常 ア モロー反射 イ 筋トーンス
	6 顔 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	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) 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 オ 女兒 エ 骨盤位分娩
	7 頸部 ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘤	13 その他の異常
	8 胸部 ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈	
判 定	1 異常なし 2 既医療	14 新生児聴覚検査 正常 ・ 精査中 (右・左) ・ 未
	3 要経過観察 4 要紹介 (要精密・要治療) (内容)	15 先天性代謝異常等検査の結果説明 済 ・ 未
		16 便色カード 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7
		17 ビタミンK ₂ の投与 できている ・ できていない
		紹介先
		診査医名

当てはまる項目にチェックしてください。

健 康 相 談	育児環境等 ☐ 母の心身状態 ☐ その他	心配事 ☐ 無 ☐ 有	栄養 ☐ 良 ☐ 要指導
	指導内容・特記事項		
	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 ()		

医療機関 〒	—
所在地	
名称	

- * 児 1 人あたり 1 回のみ使用できます。神戸市から転出された場合は使用できません。
- * 診査費用のうち6,000円まで助成します。限度額を超過した場合は、自己負担となります。
- * 費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。

[バーコードシールの貼付欄]

貼付なきものは無効

発行
神戸市

(転出後使用不可)

<1か月児健診受診券>