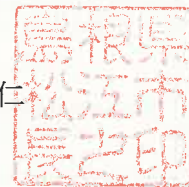


松江市告示第 92 号

松江市妊産婦乳幼児等健康診査実施要綱（平成 19 年松江市告示第 249 号）の一部を次のように改正する。

令和 6 年 3 月 19 日

松江市長 上 定 昭 仁



様式第 5 号及び様式第 5 号の 2 を次のように改める。

様式第5号(第6条関係)

1 か月児健診

乳児一般健康診査受診票(医療機関委託健康診査)

太枠の中と、裏面の問診票を記入してから受診してください。 No. ()

乳児氏名	1. 男 2. 女	年 月 日生	生後 日
住 所	松江市		
保護者氏名		電話	
上記乳児の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印			
診 察 所 見			
計測値	体 重 g	頭 囲 cm	
	身 長 cm	1 日平均体重増加 g	
体 格	1. 所見なし 2. 所見あり ()	股関節	1. 所見なし 2. 所見あり ()
栄 養	1. 所見なし 2. 所見あり ()	筋緊張	1. 所見なし 2. 所見あり ()
顔 色	1. 所見なし 2. 所見あり ()	皮 膚	1. 所見なし 2. 所見あり ()
顔 貌	1. 所見なし 2. 所見あり ()	奇 形	1. 所見なし 2. 所見あり ()
運動発達	1. 所見なし 2. 所見あり ()	視 力	1. 所見なし 2. 所見あり ()
頭 部	1. 所見なし 2. 所見あり ()	聴 力	1. 所見なし 2. 所見あり ()
頸 部	1. 所見なし 2. 所見あり ()	実施状況確認	1. 新生児聴覚検査□
口腔内	1. 所見なし 2. 所見あり ()		2. 先天性代謝異常等検査□
その他	1. 所見なし 2. 所見あり ()		3. ビタミンK ₂ の投与□
判 定			
1. 異常なし 2. 要経過観察 (内容:) (方法: 当院受診・4 か月児健診・その他) 3. 要精密検査 (内容:) (紹介先:) 4. 要 治 療 () 5. 受 診 中 ()			
年 月 日		担当医師名	

③乳児一般健康診査費請求書

金 円	市町村国保コード 3 2 0 0 1 0
乳 児 氏 名	
上記のとおり () についての健康診査に要した費用を請求します。 年 月 日 医療機関コード番号 委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名 (あて先) 松 江 市 長	

(注)

- 乳児一般健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によることができないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
- この受診票で乳児一般健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
- この受診票は本人以外には使用できません。また、健診結果は松江市に報告されます。
- 生後1か月に専門医(小児科)で受診されることをおすすめします。
- 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申し出ください。

様式第5号の2（第6条関係）

10か月児健診

乳児一般健康診査受診票（医療機関委託健康診査）

太枠の中と、裏面の問診票を記入してから受診してください。No.（ ）

乳児氏名	1. 男 2. 女	年 月 日生	生後 か月 日
住 所	松江市		
保護者氏名		電話	
上記乳児の一般健康診査を依頼します。 年 月 日 委託医療機関の長 様 松江市長 印			
診 察 所 見			
計測値	体 重 g	頭 囲 cm	
	身 長 cm	カウプ指数	
体 格	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	筋緊張	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）
栄 養	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	皮 膚	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）
顔 色	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	奇 形	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）
顔 貌	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	視 力	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）
運動発達	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	聴 力	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）
頭 部	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）	その他	1. 所見なし
頸 部	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）		2. 所見あり（ ）
口腔内	1. 所見なし 2. 所見あり（ ）		
保健師連絡	1. 要（ ） 2. 不要		
判 定			
1. 異常なし 2. 要経過観察（内容： ） （方法：当院受診・1歳6か月児健診・その他 ） 3. 要精密検査（内容： ） （紹介先： ） 4. 要 治 療（ ） 5. 受 診 中（ ） 年 月 日 担当医師名			

④乳児一般健康診査費請求書

市町村国保コード

金 円

3 2 0 0 1 0

乳 児 氏 名

上記のとおり（ ）についての健康診査に要した費用を請求します。

年 月 日

医療機関コード番号

委託医療機関の所在地・名称・代表者氏名

（あて先） 松 江 市 長

（注）

1. 乳児一般健康診査を受けるときは、電子資格確認を受けるとともにこの受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。電子資格確認によることができないときは、保険証を提示し、この受診票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
2. この受診票で乳児一般健康診査を受けるときは、その費用は公費で負担され、本人は自己負担の必要はありません。
3. この受診票は本人以外には使用できません。また、健診結果は松江市に報告されます。
4. 生後10か月児健診を基本としていますが、1歳の誕生月の末日までご利用可能です。
5. 他市町村へ住所を移した人は、転出先の市町村へお申出ください。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際現に存するこの告示による改正前の様式第 5 号及び様式第 5 号の 2 による用紙は、当分の間、これを使用することができる。