

※この受診票は、切り離し無効です。必ず手帳表紙の子の氏名・住所と同一であることの確認を受けてご使用ください。
※大阪市内に居住の方のみ、この受診票が使用できます。大阪市外に転出された場合は使用できません。
※この受診票で、乳児一般健康診査を受診できます。
※この受診票は、大阪市が契約する委託医療機関で使用できます。
※実施時期の目安は、生後1～2か月です。受診票の有効期限は満1歳のお誕生日の前日までです。
※この受診票で、健診費用のうち、6,925円(上限)の公費負担を受けることができます。

(様式 1)

乳児一般健康診査受診票 (兼結果通知書)

委託医療機関長 様

下記の乳児一般健康診査を依頼します
質問票 ※太わくの中は、保護者が受診前に必ず記入してください。

大阪市長

乳児氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (月 日)	男 女 第 子	保護者氏名	フリガナ
現住所	〒 大阪市 区				連絡先 ☎	() -
生まれた時の様子について、お書き下さい。						
1. 生まれた時の 体重 [g] 身長 [cm] 頭囲 [cm] 出生週数 [週 日]						
2. お産の時に何か異常がありましたか。いいえ・はい [鉗子・吸引・帝王切開・さかご・その他 ()]						
3. 生まれた時に、お子さんに何か異常がありましたか。いいえ・はい []						
4. 生まれた時から何か大きな病気・けががありましたか。いいえ・はい []						
5. 黄疸は 弱かった、ふつう、強かった [光線療法・交換輸血・その他 ()]						
今の様子について、お書き下さい (受診する月齢までの母子健康手帳でも確認しましょう)。						
6. はだかにすると手足をよく動かしますか。はい・いいえ						
7. 母乳やミルクをよく飲みますか。はい・いいえ						
次のようなことで、心配なことや気になることはありませんか。						
8. 大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことはありますか。いいえ・はい						
9. うすい黄色、クリーム色、灰白色の便が続いていますか。いいえ・はい						
10. そりかえりが強かったり、だっこを嫌がることはありませんか。いいえ・はい						
11. 体がしっかりしないと感じますか。いいえ・はい						
12. お子さんは育てやすいですか。 はい・いいえ [例えば]						
心配なことや相談したいことがあれば、ご自由にお書き下さい。						

※発達は個人差が大きく、月齢により質問票の項目でできないこともあります。診察で確認してもらいましょう。
※健診の結果はお住まいの区に通知され、担当保健師から連絡をさせていただきます場合があります。

診査票 (この欄は医師が記入してください)	診査日	年 月 日
診査内容	診査結果	
計測	異常なし 要観察・要精検・要医療・既医療 (内容)	
体重 [g] 身長 [cm]	今後の方針および連絡事項	
頭囲 [cm]	1. 当院で【指導・観察・精検・治療】 (内容)	
栄養状態 良好・要指導	2. 保健福祉センターで保健指導が必要 (内容)	
皮膚 所見なし・あり []	3. 保健福祉センターでの発達相談 (フォローアップ健診) が必要 (内容)	
筋緊張 良好・亢進・低下	4. 他の医療機関に紹介 [医療機関名] (内容)	
身体所見	医療機関名および医師名	
視診： 所見なし・あり ()	※保健福祉センターへの連絡日(/) 連絡者()	
聴診： 所見なし・あり (心雑音、他)		
触診： 所見なし・あり ()		
股関節開排制限： なし・あり		
神経・発達の所見： 所見なし・所見あり ()		

※保健福祉センターに直接電話連絡等を行った場合に記載