

1 か 月 児 健 康 診 査 受 診 票 (補助券)

医療機関用記入例

交付番号

市 町 村 名		岡谷市		年 月 日 交付			
1 か月児氏名		生 年 月 日		年 月 日			
保護者氏名		住		医療機関の方は、太枠内をご記入ください			
上記 1 か月児の健康診査を依頼します。							
医療機関の長 殿 岡谷市長 早 出 一 真							
医 療 機 関 記 入 事 項	受 診 日	年 月 日 (生後 月 日)					
	身 体 計 測	体 重	g		検 査 状 況 等	新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未実施
		身 長	c m			先天性代謝異常等検査	結果説明済・結果未説明
		頭 囲	c m			便色カード	番
		栄 養 法	母乳・混合・人工乳			ビタミンK2の投与	実施・未実施
	医 療 機 関 記 入 事 項	診 察 所 見	身体的発育異常				
			外表奇形				
			姿勢の異常				
			皮膚		黄疸・血管腫・色素異常・その他()		
			頭部		頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常		
			顔		特異顔貌・目の異常・口の異常・耳の異常		
			頸部		斜頸・その他の頸部腫瘍		
			胸部		胸部の異常・呼吸の異常・心雑音・不整脈		
	医 療 機 関 記 入 事 項	診 察 所 見	腹部・腰背部		臍(肉芽・ヘルニア)・腹部腫瘍・そけいヘルニア・仙骨部の異常		
			四肢		四肢の運動制限・内反足		
神経学的異常			モロー反射・筋トーンス				
発育性股関節形成不全			股関節開排制限・その他(大腿/そけい皮膚溝の非対称・家族歴・女児・骨盤位分娩) ※ 股関節開排制限、または他の項目から2項目以上の該当があればリスク因子				
医 療 機 関 記 入 事 項	診 察 所 見	その他の異常					
		養育状況等の懸念		無・有(保護者の心身状態・その他())			
		保護者の心配ごと		無・有()			
医 療 機 関 記 入 事 項	診 察 所 見	栄養		良・要指導			
		1 異常なし					
		2 既医療 ()					
医 療 機 関 記 入 事 項	診 察 所 見	3 要経過観察 ()					
		4 要精検 (検査項目)					
		5 要治療 (病名)		診査医師氏名			
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							

1 か 月 児 健 康 診 査 料 請 求 書

金 6, 0 4 0 円

上記のとおり 1 か月児健康診査を実施したので診査料を請求します。

長野県 岡谷市長 殿

医療機関番号

医療機関の所在地

名称

医療機関の長

年 月 日