

太枠内をご記入の上、医療機関へご提出ください。

1か月児健康診査票

受診番号		00		フリガナ 受診児氏名		男・女		受診期間 (生後28日になる日) 年 月 日 ~ (生後6週になる前日) 年 月 日	
住所		相模原市 区				診査日		5 年 月 日	
生年月日		令和 年 月 日 (生後 日)		TEL (父・母・その他)		医師氏名			
保護者氏名				第 子					
妊娠中の異常		0 なし 1 有 (1 切迫流産 2 妊娠高血圧症候群 9 その他)							
分娩時の異常		0 なし 1 帝王切開 2 吸引・鉗子分娩 9 その他							
出生時の状況		体重		週数		週		異常	
体重		(増加量 g/日)		身長		頭囲		栄養法 母乳・混合・人工乳	
聴覚検査		ハ・ス・リッパ (右・左)・未		先天性代謝異常結果説明		済・未		便色カード	
診察所見		身体的発育異常		所見なし		□その他			
		栄養状態		所見なし		□その他			
		外表奇形		所見なし		□その他			
		姿勢の異常		所見なし		□その他			
		皮膚		所見なし		□黄疸 □血管腫 □色素異常 □その他			
		頭部		所見なし		□頭血腫 □頭囲拡大 □小頭症 □縫合異常			
		顔		所見なし		□特異的顔貌 □目の異常 □口唇裂・口蓋裂 □耳の異常			
		頸部		所見なし		□斜頸 □その他頸部腫瘍			
		胸部		所見なし		□胸部の異常 □呼吸の異常 □心雑音 □不整脈			
		腹部・腰部		所見なし		□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		所見なし		□四肢の運動制限 □内反足			
		神経学的異常		所見なし		□モロー反射 □筋トーン			
		発育性股関節形成不全リスク因子※		所見なし		□股関節開排制限 (□大腿/そけい皮膚溝の非対称 □家族歴 □女児 □骨盤位分娩)			
		その他		所見なし		□			
結果		0.異常なし							
		2.要観察 (要指導含む)		①子育て支援センターに依頼 (内容:) ④主治医が行う () ⑦その他 ()					
		3.要精密		②専門病院紹介 (紹介先:)					
		4.要治療		④主治医が行う () ⑦その他 ()					
		5.既医療		④主治医が行う () ⑥治療中 (通院先:) ⑦その他 ()					

1か月児健康診査問診票



(市送付用)

こちらは受診前に太枠内を保護者の方がご記入の上、医療機関にお持ちください。

器質的疾患の確認	1. 母乳やミルクをよく飲みますか。	はい	いいえ
	2. 元気な声で泣きますか。	はい	いいえ
	3. 大きな音にビックリ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. 授乳の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 (母子健康手帳内に掲載の「便色カード」1番から3番) が続いていますか。	いいえ	はい
発達	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
子育ての状況	9. 現在、お母さんは喫煙をしていますか。	なし	あり (1日 本)
	10. 現在、同居のご家族の中に喫煙している人はいますか。	なし	あり (1日 本)
	11. 窒息の可能性がある柔らかい寝具等と避け、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うような工夫をしていますか。	はい	いいえ
	13. 2か月頃から始まる予防接種の内容を知っていますか。	はい	いいえ
	14. 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
	15. 心配なことや相談したいことがある方は記入してください。		

<使用上の注意事項>

- この補助券は、令和7年4月1日以降に1か月児健康診査を受ける方が対象です。
- 受診日時点において、相模原市民のみ利用できます。転出した場合は使用できません。
- 有効期間は生後28日になる日から生後6週になる前日までとなっています。
- この補助券は、1か月児健康診査費用総額が5,000円以上で、当該健診を協力医療機関で受診した場合のみ使用できます。健診費用総額が5,000円を超える場合は、差額を医療機関へお支払いください。
- 協力医療機関以外での受診や、1か月児健康診査の費用総額が5,000円未満の場合は、償還払い制度 (払い戻し) があります。必ず結果等を記入してもらってください。
- この補助券に記載されている項目以外の検査等を受けた場合は、自己負担となります。
- この補助券等は、医療機関から相模原市へ提出され、保健師からの連絡等産後の支援に活用されます。また、相模原市から医療機関に結果等を確認する場合があります。

相模原市民専用

1か月児健康診査補助券（お子様の健康診査）

太枠内をご記入の上、医療機関へご提出ください。

1か月児健康診査票

受診番号		00		フリガナ 受診児氏名		男・女		受診期間		(生後28日になる日) 年 月 日 ~ (生後6週になる前日) 年 月 日			
住所		相模原市 区				診査日		5 年 月 日		医師氏名			
生年月日		令和 年 月 日 (生後 日)		TEL (父・母・その他)		Tel ()		Tel ()		Tel ()			
保護者氏名		第 子		第 子		第 子		第 子		第 子			
妊娠中の異常		0 なし 1 有 (1 切迫流産 2 妊娠高血圧症候群 9 その他 ())		0 なし 1 有 (1 帝王切開 2 吸引・鉗子分娩 9 その他 ())		0 なし 1 有 (1 仮死産 2 黄疸 9 その他 ())		0 なし 1 有 (1 仮死産 2 黄疸 9 その他 ())		0 なし 1 有 (1 仮死産 2 黄疸 9 その他 ())			
分娩時の異常		0 なし 1 有 (1 帝王切開 2 吸引・鉗子分娩 9 その他 ())		0 なし 1 有 (1 仮死産 2 黄疸 9 その他 ())		0 なし 1 有 (1 仮死産 2 黄疸 9 その他 ())		0 なし 1 有 (1 仮死産 2 黄疸 9 その他 ())		0 なし 1 有 (1 仮死産 2 黄疸 9 その他 ())			
出生時の状況		体重 (増加量 g/日)		身長 (cm)		頭囲 (cm)		栄養法		母乳・混合・人工乳			
聴覚検査		ハ・ス・リッパ (右・左)・未		先天性代謝異常結果説明		済・未		便色カード		できていない			
診察所見		身体的発育異常		所見なし □その他 ()		栄養状態		所見なし □その他 ()		外表奇形		所見なし □その他 ()	
		姿勢の異常		所見なし □その他 ()		皮膚		所見なし □黄疸 □血管腫 □色素異常 □その他 ()		頭部		所見なし □頭血腫 □頭囲拡大 □小頭症 □縫合異常	
		顔		所見なし □特異的顔貌 □目の異常 □口唇裂・口蓋裂 □耳の異常		頸部		所見なし □斜頸 □その他頸部腫瘍		胸部		所見なし □胸部の異常 □呼吸の異常 □心雑音 □不整脈	
		腹部・腰部		所見なし □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		所見なし □四肢の運動制限 □内反足		神経学的異常		所見なし □モロー反射 □筋トーンス	
		発育性股関節形成不全リスク因子※		所見なし □股関節開排制限 (□大腿/そけい皮膚溝の非対称 □家族歴 □女児 □骨盤位分娩)		その他		所見なし □ ()		0.異常なし			
		2.要観察 (要指導含む)		①子育て支援センターに依頼 (内容:)		④主治医が行う () ⑦その他 ()		3.要精密		②専門病院紹介 (紹介先:)			
		4.要治療		④主治医が行う () ⑦その他 ()		5.既医療		④主治医が行う () ⑥治療中 (通院先:) ⑦その他 ()					
		結果		④主治医が行う () ⑦その他 ()									

1か月児健康診査問診票

〔実施機関控え〕

こちらは受診前に太枠内を保護者の方がご記入の上、医療機関にお持ちください。

器質的疾患の確認	1. 母乳やミルクをよく飲みますか。	はい	いいえ
	2. 元気な声で泣きますか。	はい	いいえ
	3. 大きな音にビック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. 授乳の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（母子健康手帳内に掲載の「便色カード」1番から3番）が続いていますか。	いいえ	はい
発達	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
子育ての状況	9. 現在、お母さんは喫煙をしていますか。	なし	あり (1日 本)
	10. 現在、同居のご家族の中に喫煙している人はいますか。	なし	あり (1日 本)
	11. 窒息の可能性がある柔らかい寝具等と避け、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うような工夫をしていますか。	はい	いいえ
	13. 2か月頃から始まる予防接種の内容を知っていますか。	はい	いいえ
	14. 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
	15. 心配なことや相談したいことがある方は記入してください。		

<使用上の注意事項>

- この補助券は、令和7年4月1日以降に1か月児健康診査を受ける方が対象です。
- 受診日時点において、相模原市民のみ利用できます。転出した場合は使用できません。
- 有効期間は生後28日になる日から生後6週になる前日までとなっています。
- この補助券は、1か月児健康診査費用総額が5,000円以上で、当該健診を協力医療機関で受診した場合のみ使用できます。健診費用総額が5,000円を超える場合は、差額を医療機関へお支払いください。
- 協力医療機関以外での受診や、1か月児健康診査の費用総額が5,000円未満の場合は、償還払い制度（払い戻し）があります。必ず結果等を記入してもらってください。
- この補助券に記載されている項目以外の検査等を受けた場合は、自己負担となります。
- この補助券等は、医療機関から相模原市へ提出され、保健師からの連絡等産後の支援に活用されます。また、相模原市から医療機関に結果等を確認する場合があります。

相模原市民専用

1か月児健康診査補助券（お子様の健康診査）

太枠内をご記入の上、医療機関へご提出ください。

1か月児健康診査票

受診番号		00		フリガナ 受診児 氏名		男・女		受診期間 (生後28日になる日) 年 月 日 ~ (生後6週になる前日) 年 月 日	
住所		相模原市 区				診査日		5 年 月 日	
生年月日		令和 年 月 日 (生後 日)		TEL (父・母・その他)		医師氏名			
保護者 氏名		第 子							
妊娠中の異常		0 なし 1 有 (1 切迫流産 2 妊娠高血圧症候群 9 その他)							
分娩時の異常		0 なし 1 帝王切開 2 吸引・鉗子分娩 9 その他							
出生時の状況		0 なし 1 有 (1 仮死産 2 黄疸 9 その他)							
体重		g (増加量 g/日)		身長 cm		頭囲 cm		栄養法 母乳・混合・人工乳	
聴覚検査		ハス・リファ (右・左)・未		先天性代謝異常結果説明		済・未		便色カード 番	
診察所見		身体的発育異常		所見なし □その他					
		栄養状態		所見なし □その他					
		外表奇形		所見なし □その他					
		姿勢の異常		所見なし □その他					
		皮膚		所見なし □黄疸 □血管腫 □色素異常 □その他					
		頭部		所見なし □頭血腫 □頭囲拡大 □小頭症 □縫合異常					
		顔		所見なし □特異的顔貌 □目の異常 □口唇裂・口蓋裂 □耳の異常					
		頸部		所見なし □斜頸 □その他頸部腫瘍					
		胸部		所見なし □胸部の異常 □呼吸の異常 □心雑音 □不整脈					
		腹部・腰部		所見なし □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		所見なし □四肢の運動制限 □内反足					
		神経学的異常		所見なし □モロー反射 □筋トーンス					
		発育性股関節形成不全リスク因子※		所見なし □股関節開排制限 (□大腿/そけい皮膚溝の非対称 □家族歴 □女児 □骨盤位分娩)					
		その他		所見なし □					
結果		0.異常なし							
		2.要観察 (要指導含む) ①子育て支援センターに依頼 (内容:) ④主治医が行う () ⑦その他 ()							
		3.要精密 ②専門病院紹介 (紹介先:)							
		4.要治療 ④主治医が行う () ⑦その他 ()							
		5.既医療 ④主治医が行う () ⑥治療中 (通院先:) ⑦その他 ()							

1か月児健康診査問診票

〔保護者控え〕

こちらは受診前に太枠内を保護者の方がご記入の上、医療機関にお持ちください。

器質的疾患の確認	1. 母乳やミルクをよく飲みますか。	はい	いいえ
	2. 元気な声で泣きますか。	はい	いいえ
	3. 大きな音にビック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. 授乳の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 (母子健康手帳内に掲載の「便色カード」1番から3番) が続いていますか。	いいえ	はい
発達	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
子育ての状況	9. 現在、お母さんは喫煙をしていますか。	なし	あり (1日 本)
	10. 現在、同居のご家族の中に喫煙している人はいますか。	なし	あり (1日 本)
	11. 窒息の可能性がある柔らかい寝具等と避け、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うような工夫をしていますか。	はい	いいえ
	13. 2か月頃から始まる予防接種の内容を知っていますか。	はい	いいえ
	14. 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
	15. 心配なことや相談したいことがある方は記入してください。		

<使用上の注意事項>

- この補助券は、令和7年4月1日以降に1か月児健康診査を受ける方が対象です。
- 受診日時点において、相模原市民のみ利用できます。転出した場合は使用できません。
- 有効期間は生後28日になる日から生後6週になる前日までとなっています。
- この補助券は、1か月児健康診査費用総額が5,000円以上で、当該健診を協力医療機関で受診した場合のみ使用できます。健診費用総額が5,000円を超える場合は、差額を医療機関へお支払いください。
- 協力医療機関以外での受診や、1か月児健康診査の費用総額が5,000円未満の場合は、償還払い制度 (払い戻し) があります。必ず結果等を記入してもらってください。
- この補助券に記載されている項目以外の検査等を受けた場合は、自己負担となります。
- この補助券等は、医療機関から相模原市へ提出され、保健師からの連絡等産後の支援に活用されます。また、相模原市から医療機関に結果等を確認する場合があります。