

長浜市告示第98号

長浜市1か月児健康診査事業実施要綱を次のように定める。

令和7年3月25日

長浜市長 浅見 宣義

長浜市1か月児健康診査事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）第13条の規定に基づき1か月児健康診査を実施し、及び1か月児健康診査に係る費用の一部を助成することにより、乳児の疾病及び異常の早期発見並びに適切な指導助言による健康の保持及び増進を図るとともに、子育て家庭の経済的負担を軽減することを目的とする。

(実施方法)

第2条 1か月児健康診査は、市長が1か月児健康診査の業務を委託する一般社団法人滋賀県医師会又は一般社団法人滋賀県助産師会が指定する滋賀県内の医療機関及び助産所（以下「委託医療機関等」という。）において行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、市長は、やむを得ない理由があると認める場合は、委託医療機関等以外の医療機関及び助産所（国内に限る。以下「委託外医療機関等」という。）において、1か月児健康診査を行うことができる。

3 1か月児健康診査の検査項目は次に掲げるとおりとする。

- (1) 身体発育状況
- (2) 栄養状態
- (3) 疾病及び異常の有無
- (4) 新生児聴覚検査及び先天性代謝異常検査の実施状況の確認
- (5) ビタミンK2投与の実施状況の確認（必要時は投与）
- (6) 前各号に掲げるもののほか、育児上問題となる事項

4 1か月児健康診査は、出生後27日を超え、6週に達しない乳児に対して実施するものとする。ただし、市長が特別な事情があると認める場合は、この限りでない。

(助成対象者)

第3条 助成を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、1か月児健康診査を受診した乳児の保護者であって、当該健康診査受診日において市の住民基本台帳に登録されているものとする。

(助成金の額)

第4条 助成金の額は、1か月児健康診査に係る費用を対象経費とし、乳児1人につき5,500円を限度額とする。

(受診券の交付)

第5条 市長は、法第16条第1項の規定による母子健康手帳の交付に併せて、1か月児健康診査受診券（別記様式。以下「受診券」という。）を交付するものとする。

2 市長は、他の市町村において母子健康手帳の交付を受けて市に転入した者に対し、当該転入者の乳児が1か月児健康診査を受診していない場合は、受診券を交付するものとする。

（受診）

第6条 助成対象者は、委託医療機関等に受診券を提出し、乳児に1か月児健康診査を受診させるものとする。

（助成金の交付方法）

第7条 市長は、前条の規定により乳児を受診させた助成対象者に対し交付する助成金相当額を、当該助成対象者が乳児を受診させた委託医療機関等に支払うものとする。

2 前項の規定による支払があった場合は、当該助成対象者に対し助成金の交付があったものとみなす。この場合において、当該助成対象者は、当該助成金の額を限度とする範囲で、1か月児健康診査に係る費用を負担しないことができるものとする。

（審査及び支払の委託）

第8条 市長は、前条第1項の規定による支払に係る審査及び支払並びに第10条第2項の規定による助成金の交付に係る審査及び支払を、当該審査及び支払が適切に実施できると認める者（以下「審査支払委託機関」という。）に委託して行うものとする。

（委託医療機関等に対する支払）

第9条 委託医療機関等は、1か月児健康診査を実施した月ごとに、当該1か月児健康診査に係る受診券を添えて、審査支払委託機関に助成金相当額を請求するものとする。

2 審査支払委託機関は、前項の請求があった場合は、その内容を審査の上で当該請求を受けた日から30日以内に、当該請求に係る受診券を添えて助成金相当額を市長に請求するものとする。

3 市長は、前項の規定による請求があった場合は、速やかにその内容を審査の上で当該助成金相当額を審査支払委託機関に支払うものとする。

4 審査支払委託機関は、前項の規定による支払があった場合は、速やかに第1項の規定により請求を行った委託医療機関等に助成金相当額を支払うものとする。

（委託外医療機関等における受診等）

第10条 委託外医療機関等で乳児に1か月児健康診査を受診させようとする助成対象者（以下「委託外医療機関等受診者」という。）は、事前に長浜市妊産婦健康診査事業実施要綱（令和6年長浜市告示第209号）第10条第1項の妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査県外受診申出書を市長に提出しなければならない。

2 市長は、委託外医療機関等受診者に対し償還払の方法により助成金を交付するものとする。

3 委託外医療機関等受診者は、委託外医療機関等に対して1か月児健康診査に係る費用を支払い、乳児を受診させた日の属する月の3か月後の月の10日までに受診券を添えて、審査支払委託機関に助成金を請求するものとする。

4 市長は、前項に規定する請求期限までに請求できなかった者にやむを得ない事情があると認める場合は、当該請求できなかった者に係る請求期限を乳児を受診させた日の属

する年度の翌年度の３月３１日とすることができるものとする。

- ５ 前条第２項から第４項までの規定は、第３項の請求について準用する。この場合において、同条第２項中「前項」とあり、及び同条第４項中「第１項」とあるのは「第１０条３項」と、同項中「委託医療機関等」とあるのは「委託外医療機関等受診者」と、「助成金相当額」とあるのは「助成金」と読み替えるものとする。

（事後指導）

第１１条 市長は、１か月児健康診査の結果及び健康状態から保健指導を要すると認める者について、必要に応じて訪問指導、療養援護、医療的給付等の事後指導を徹底するものとする。

- ２ 委託医療機関等及び委託外医療機関等は、市長と連携して、保健指導及び医療が適切に行われるよう指導するものとする。

（その他）

第１２条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

（施行期日）

- １ この要綱は、令和７年４月１日から施行し、同日以後に出生した児に係る１か月児健康診査に適用する。

（準備行為）

- ２ 受診券の交付に必要な事務手続その他の準備行為は、この要綱の施行前においても、行うことができる。

（経過措置）

- ３ この要綱の施行の際現にある施行の日前の長浜市妊産婦健康診査等事業実施要綱（令和６年長浜市告示第209号）に定める様式による妊産婦健康診査等県外受診申出書は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

※「子どもさんの住所地が異なる場合は市町にお問い合わせください」

交付No. 一

1 か月児健康診査 受診券

※太枠内と下記問診票をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

保護者記入欄

ふりがな		生年	令和	年	月	日
氏名	(男・女)	月日				
住所	長浜市	TEL (	)			
健診結果（精密検査結果やその後の状況を含む）は受診医療機関・各市町が保管します。また、必要に応じて医療機関や保護者に市町から受診状況を問い合わせることに同意します。						
保護者氏名				続柄 ()		

委託医療機関等の長 様

上記の児の健康診査を依頼します。

長浜市長

印

1 か月児健康診査 問診票

保護者記入欄

在胎週数 () 週 () 日	出生時体重 () g
今までにかかった病気 (無・有) 病名 izzogoro ひきつけ(無・有 回)	現在の病気 (無・有) 病名 izzogoro kara 医療機関名
栄養方法: 母乳のみ: 回/日 ミルクのみ: cc 回/日 混合: 母乳 回/日・ミルク cc 回/日	
授乳間隔: 時間おき 機嫌(良・否) 睡眠(良・否) 排便 回/日	
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。	は い・いいえ
3 突然の音にビクッとしますか。	は い・いいえ
4 目に関して何か心配なことはありますか。	いいえ・は い
5 突然の音に眼瞼(まぶた)がギュッと閉じますか。	は い・いいえ
6 眠っていて突然の音に眼を覚めますか。	は い・いいえ
7 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
8 からだが特に柔らかいと感じたり、逆に硬いと感じたことがありますか。	いいえ・は い
9 うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(母子手帳の便色カード1番から3番)が続いていますか。	いいえ・は い
10 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
11 裸にすると手足をよく動かしますか。	は い・いいえ
12 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	いいえ・は い
13 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。	いいえ・は い
14 頭や顔が沈み込むような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
15 ソファやベッドなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまうよう工夫をしていますか。	は い・いいえ
16 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
17 お子さんをいとおしいと感じますか。	は い・いいえ
18 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
19 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
20 (お子さんの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
21 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。	は い・いいえ
22 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ってしまったことがありますか。	いいえ・は い
23 経済的な不安はありますか。	いいえ・は い
24 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
25 物事に対して興味がわかない、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
26 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
27 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
28 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
29 [何か心配なこと、気になること、相談したいことがあればお書きください。]	

★保護者様

- この受診券を使用される場合は上記に証明のある市町に住民登録されていることが必要です。転出された場合はこの券は使用できませんので転出先の市町村にご相談ください。
- 原則生後27日～生後6週の間に受けてください。
- 1か月児健康診査以外の検査や治療はこの受診券の対象とはなりません。

1 か月児健康診査 結果票

長浜市長 あて

下記の者について1か月児健診を実施しましたので結果を報告します。

氏名 () 生年月日：令和 年 月 日 医療機関記入欄

受診年月日：令和 年 月 日		体重	出生時からの増加量	身長	頭囲
生後 () 日		g	g/日	cm	cm
項 目		正 常 有 所 見			
1	身体的発育異常	ア 体重増加不良 イ 哺乳不良 ウ その他			
2	外表奇形				
3	姿勢・神経学的異常	ア 筋トーンス（過緊張・低緊張） イ モロー反射 ウ その他			
4	皮膚	ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他			
5	頭部	ア 大泉門異常（ mm× mm） 膨隆 陥没 イ 頭血腫 ウ 頭囲拡大 エ 小頭症 オ 頭蓋骨の変形・縫合異常 カ その他			
6	顔・口腔・目・耳	ア 特異的顔貌 イ 口唇裂・口蓋裂 ウ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 エ 音への反応乏しい オ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等 カ その他			
7	頸部	ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘍 ウ その他			
8	胸背部	ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈 オ その他			
9	腹部	ア 臍：肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘍 ウ その他			
10	そけい部・陰部・臀部	ア そけいヘルニア イ 仙骨部の異常 ウ 停留精巣 エ 外性器異常 オ その他			
11	四肢	ア 四肢の運動制限 イ 内反足 ウ その他			
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 エ 女児 オ 骨盤位分娩			
13	排泄	ア 便色 イ その他			
14	その他の異常	()			
15	新生児聴覚検査	正常・refer（右・左・両）・未検 referの場合精密検査：受けた・未検・不明			
16	先天性代謝異常等検査の結果説明	未 ・ 済（異常： 無 ・ 有）			
17	ビタミンK ₂ の投与	できている ・ できていない（対処)			
育児環境等		ア 母の心身状態 ()			
		イ その他 ()			
心配事		無 ・ 有 ()			
栄養		良 ・ 要指導 ()			
相談の内容					
指導内容					
子育て支援の 必要性の判定		1 特に問題なし 2 保健師等による支援が必要 3 その他の支援が必要 ()			
総合判定		A 異常なし B () のため ① 指導しました ② 当院にて経過をみます（次回受診 月） ③ 市町でフォローをお願いします（ハイリスク連絡票送付 済・無、保護者の同意 有・無） ④ 精密健診が必要です ⑤ 治療が必要です ⑥ 医療機関で治療中（管理中）です （※④～⑥の医療機関名)			
特記事項（要紹介となった場合の内容・結果等）					
請求額		県内 5,500 円（県外受診 請求額 円（5,500円上限））			

令和 年 月 日

医療機関名		医師名		㊞			
市町記載欄（医療機関では記載不要）							
管理区分	異常なし	要指導	要観察	要精査	要医療	管理中	特記事項
	A	①	②③	④	⑤	⑥	