

上野原市告示第31号

上野原市妊婦一般健康診査及び乳幼児健康診査実施要綱の一部を改正する告示を次のとおり定める。

令和8年3月18日

上野原市長 村上 信行

上野原市妊婦一般健康診査及び乳幼児健康診査実施要綱の一部を改正する告示

上野原市妊婦一般健康診査及び乳幼児健康診査実施要綱（平成21年上野原市告示第24号）の一部を次のように改正する。

第5条第2項中「者に対し、」の次に「1か月児健康診査受診票（様式第8号）及び」を加え、「（様式第8号）」を「（様式第9号）」に改め、同条第3項中「（様式第9号）」を「（様式第10号）」に改める。

第6条第2項中「（様式第10号）」を「（様式第11号）」に改める。

別表中

「

妊婦一般健康診査（追加検査⑥）	血算検査	1枚
乳児精密健康診査	精密検査が必要と診断された検査項目	随時
1歳6か月児精密健康診査		
2歳児精密健康		

を

診査		
3歳児精密健康診査		
5歳児精密健康診査		

」

「

妊婦一般健康診査（追加検査⑥）	血算検査	1枚
1か月児健康診査	診察、計測、発育状態、栄養状態、疾病及び異常の有無、新生児聴覚検査の実施状況の確認、先天性代謝異常等検査の実施状況の確認、ビタミンK2投与の実施状況の確認及び必要に応じた投与、その他育児上問題となる事項（生活習慣、養育環境等）	1枚
乳児一般健康診査	診察、計測、発育状態、栄養状態、疾病及び異常の有無、その他育児上問題となる事項（生活習慣、養育環境等）	1枚
乳児精密健康診査	精密検査が必要と診断された検査項目	随時
1歳6か月児精密健康診査		
2歳児精密健康診査		

に

3歳児精密健康 診査		
5歳児精密健康 診査		

」

改める。

様式第10号中「上野原市長 様」を「上野原市長 宛」に改め、同様式を様式第11号とし、様式第9号を様式第10号とし、様式第8号を次のように改め、同様式を様式第9号とする。

乳児一般健康診査受診票

太枠内は母親（保護者）が記入して医療機関に持参してください

乳児氏名		生年月日	年 月 日
母子健康手帳 No.		保護者氏名	
住所	TEL		

上記乳児の一般健康診査を依頼します。

年 月 日

上野原市長



委託医療機関の長様

検査結果	尿化学検査	蛋白質	+ 土 -	受診日	年 月 日	
		糖	+ 土 -			
		潜血	+ 土 -			
	赤血球数					
身体測定値	身長	cm	発育状態	1 保健指導内容	年 月 日	
	体重	Kg				2 総合的所見
	胸囲	cm				イ 異常なし
	頭囲	cm				ロ 要精検
栄養状態	良 普 不			ハ 要治療		
その他の診察所見 一般、整形 精神発達	異常の有無			ニ その他		
	無有()					

医療機関名

担当医師名



《注意事項》

- 1 乳児一般健康診査を受けるときは、この受診票と母子健康手帳を必ず委託医療機関にお渡してください。上野原市と委託契約をしている医療機関のみ利用できます。事前に受診される医療機関にご確認ください。
- 2 この票で、乳児一般健康診査（診察、尿化学検査、赤血球検査、身体測定、保健指導）を受けるときは、その費用は公費で負担されます。ただし、尿化学検査及び血液検査については、必要に応じて行うものです。
- 3 この受診票は、本人以外には使用できません。また、1か月健診以後1歳未満の者しか使用できません。上野原市から転出すると使用できなくなります。転出先の市町村で改めて受診票の交付を受けてください。
- 4 この受診票はお子さんの健康の確保を目的に使用します。受診されることで本受診票が市に提出されることに同意いただいたものとし、受診医療機関等と市の間で情報共有させていただきます。その結果、必要に応じて市から受診者にご連絡させていただくことがありますのでご了承ください。

様式第7号の次に次の1様式を加える。

1 か月児健康診査受診票

太枠内は母親（保護者）が記入して医療機関に持参してください。

乳児氏名 <small>（ふりがな）</small>	生年月日	年	月	日生
保護者氏名	母子健康手帳No	日齢		
住 所	TEL			

上記乳児の1か月児健康診査を依頼します。

年 月 日

委託医療機関の長 様

上野原市長 印

◇医療機関記入欄

身体測定値	身長	cm	発育状態 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 小	受診日	年	月	日
	体重	g		1. 子育て支援の必要性の判定 <input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 保健師による指導が必要（ ） <input type="checkbox"/> その他の支援が必要（ ）	2. 総合的所見 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精検（ ） <input type="checkbox"/> 要治療（ ） <input type="checkbox"/> 経過観察（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	頭 囲	cm					
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 不（ ）		新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精査中（右・左） <input type="checkbox"/> 未（ ）	医療機関名 担当医師名	年	月	日
先天性代謝異常等検査の結果説明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無（ ）						
便色カード	番		その他の診察所見 一般、整形 精神発達 疾病・異常の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	市町村への 伝達事項	Ⓜ		
ビタミンK2投与	<input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない						
育児環境	<input type="checkbox"/> 母の心身の状態（ ） <input type="checkbox"/> そ の 他（ ）		心配事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）				

《注意事項》

- 1 か月児健康診査を受けるときは、この受診票と母子健康手帳を必ず委託医療機関にお渡しください。上野原市と委託契約をしている医療機関のみ利用できます。事前に受診される医療機関にご確認ください。
- この票で1か月健診を受けるときは、その費用は公費で6,000円まで負担します。なお、6,000円を超えた場合、超えた分の金額は自己負担になります。
- この受診票は、本人以外使用できません。また、出生後27日を超え生後6週未満の者しか使用できません。ただし、健診の時期が保護者の体調不良や長期休暇等と重なった場合は数日前後しても構いません。
- この受診票は、上野原市から転出すると使用できなくなります。転出先の市町村で改めて受診票の交付を受けてください。
- この受診票はお子様の健康の確保を目的に使用します。受診されることで本受診票が市に提出されることに同意いただいたものとし、受診医療機関等と市の間で情報共有させていただきます。その結果、必要に応じて市から受診者にご連絡させていただくことがありますのでご了承ください。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。