

## 板橋区 1 か月児健康診査実施要綱

(令和 8 年 2 月 2 7 日区長決定)

### (目的)

第 1 条 この要綱は、早期に発見し、介入することにより疾病予後の改善が見込まれる身体疾患が顕在化する時期である 1 か月児に対して健康診査を行い、疾病及び異常を早期に発見し、適切な指導を行うことで、その進行を未然に防止するとともに、養育環境を評価し、養育者への育児に関する助言を行い、もって乳児の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

### (対象児)

第 2 条 板橋区に居住し、出生後 27 日を超え、生後 6 週に達しない乳児とする。

### (1 か月児健康診査の実施医療機関)

第 3 条 この要綱に規定する実施医療機関とは次の各号に掲げるものとする。

- (1) 公益社団法人東京都医師会（以下「東京都医師会」という。）に加入しており、原則として標ぼうする診療科目に産婦人科又は小児科を掲げる医療機関（以下「医師会加入医療機関」という。）
  - (2) 東京都医師会に加入しておらず、原則として標ぼうする診療科目に産婦人科又は小児科を掲げる医療機関（以下「医師会非加入医療機関」という。）
- 2 医療機関等による健康診査への協力又は協力辞退の申出は、次の各号の手続によるものとする。
- (1) 医師会加入医療機関  
健康診査協力承諾書（板橋区妊婦健康診査実施要綱（昭和 5 0 年 4 月 1 日区長決定）（以下「妊婦健診要綱」という。別記第 1 号様式の 1）又は健康診査協力辞退届（妊婦健診要綱別記第 1 号様式の 2）を、所属する地区医師会を経由して区長に提出するものとする。  
この場合において、区長は、事前に地区医師会等の協力を得るものとする。
  - (2) 医師会非加入医療機関  
健康診査協力届（妊婦健診要綱別記第 1 号様式の 3）又は健康診査契約解除届（妊婦健診要綱別記第 1 号様式の 4）を、区長に提出するものとする。

### (実施方法及び内容)

第 4 条 1 か月児健康診査は、次の各号のとおり実施するものとする。

- (1) 区長は、東京都医師会及び医師会非加入医療機関と委託契約を締結し、1 か月児健康診査を実施する。
- (2) 実施医療機関は、保護者から提出される「1 か月児健康診査受診票」別記第 1 号様式（甲乙丙の 3 枚複写。甲は白色。表紙に「1 か月児健康診査のご案内」を記載する。）（以下「受診票」という。）により健康診査及び検査を実施する。

- 2 実施医療機関における受診票の取扱いは、次の各号のとおり実施するものとする。
  - (1) 実施医療機関は、第1号様式の受診票（甲乙丙の3枚複写）の所定欄に、健康診査の診察所見、区への連絡事項及び受診票の所定欄に医療機関コードを記入するものとする。
  - (2) 甲票は実施医療機関の控えとして保存する。
  - (3) 乙票は健康診査委託料の請求原票・結果通知票（以下「請求原票」という。）として使用する。
  - (4) 丙票は保護者に交付して、診査結果欄を母子健康手帳とともに保管するよう指導する。
- 3 1か月児健康診査の内容は、次の各号のとおりとする。
  - (1) 基本的な診査項目は以下のとおりとし、結果に応じて必要な保健指導を行うものとする。
    - ア 身体発育状況
    - イ 栄養状態
    - ウ 疾病及び異常の有無
    - エ 新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認
    - オ 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
    - カ 育児上問題となる事項
  - (2) 診査の実施に当たっては、こども家庭科学研究の研究班により作成された1か月児健康診査マニュアルを参考とすること。
- 4 健康診査の回数は、対象者1人につき1回とする。
- 5 健康診査を実施する担当者は、十分な経験を有し、新生児・乳児の保健医療に習熟した医師により実施することとする。この場合において、担当者を医師とした上で、十分な経験を有し、保健医療に習熟した助産師、看護師と協力して実施することは差し支えない。
- 6 実施医療機関は、虐待の可能性が疑われる場合や養育困難が予想される場合等、自治体による支援が必要と判断した場合は、連絡票の乳児の状況が分かるものを速やかに乳児の居住する区に送付する等、乳児に関する情報共有を行う。この場合において、保護者の同意が得られない場合であっても、児童虐待の防止や対応のために必要と判断した場合は、報告すること。

（受診票の交付及び再交付）

第5条 区長は、妊娠届出を受理したときに、受診票を交付する。受診票には、別表1で定める事業・住所コードを記入して交付するものとする。

- 2 区長は、乳児（出生前にあつては妊婦。次条において同じ。）が他の道府県から転入した場合は、1か月児健康診査受診票交付申請書（別記第2号様式）を提出させ、交付する。
- 3 受診票の再交付は、行わないものとする。ただし、受診票の紛失、き損その他やむを得ない事情があると認められる場合には、1か月児健康診査受診票再交付申請書（別記第3号様式）を提出させ、再交付することができる。

(転出に伴う受診票の返却)

第6条 乳児が他の道府県に転出する場合は、区長に受診票を返却するものとする。

2 都内区市町村への転出の場合は、継続して使用を認めるため、返却する必要はないものとする。

(受診票の有効期間)

第7条 受診票の有効期間は、生後28日から生後41日までとする(出生日を0日目とする)。

ただし、区長が特段の事情があると認めた場合は、この限りではない。

(実施医療機関からの健康診査委託料等の請求)

第8条 実施医療機関からの健康診査委託料等の請求は次の各号のとおり実施するものとする。

(1) 医師会加入医療機関は、当月分の請求原票に妊産婦・乳児健康診査総括票(妊婦健診要綱別記第8号様式。以下「総括票」という。)を添えて、所属する地区医師会に提出する。

(2) 請求原票及び総括表の提出を受けた地区医師会は、内容を審査の上、妊産婦・乳児健康診査請求原票送付書(妊婦健診要綱別記第9号様式。以下「送付書」という。)を添えて、翌月10日までに、東京都国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)に提出する。

ただし、医師会加入医療機関は総括票に、地区医師会は送付書に、別表2に定める医師会コードを記入するものとする。

2 医師会非加入医療機関は、当月分の請求原票に総括票を添えて、翌月10日までに連合会に提出する。

3 医師会非加入医療機関のうち、区と個別に委託契約を行い、1か月児健康診査を実施する者(以下「個別契約医療機関」という。)は、当月分の請求原票を添えて、翌月10日までに区に健康診査委託料を請求する。

(健康診査委託料等の審査及び支払)

第9条 健康診査委託料等の審査及び支払は、次の各号のとおり実施するものとする。

(1) 区長は、健康診査委託料の審査・支払に関する事務及び地区医師会事務費の審査・集計帳票作成に関する事務を、連合会に委託して行う。

(2) 区長は、実施医療機関から請求を受けたときは、連合会を通じて、実施医療機関に委託料を支払うものとする。この場合において、連合会から送付された集計帳簿を基に、地区医師会に事務費を支払うものとする。

(3) 区長は、委託料の支払に際し、連合会を通じて当該医療機関に通知する。この場合において、事務費の支払に際し、地区医師会に通知する。

(4) 連合会は、1か月児健康診査受診票の住所コードを確認の上、区長に対し、健康診査委託料の請求をすることとし、請求原票を送付する。

(5) 区長は、連合会より請求原票を受理した場合、健康診査委託料を支払うものとする。

- 2 区長は、個別契約医療機関から請求を受けたときは、当該医療機関に健康診査委託料を支払うものとする。

(事後措置)

第10条 区長は、連合会から請求原票を受領したときは、受診票を区で保管し、健康診査の実施結果に基づき、指導を要する乳児については、適切な措置を講ずるものとする。

(広報活動)

第11条 区長は、各種広報手段を活用するとともに、医師会及び実施医療機関などの関係団体を通じて、区民に対して制度の趣旨の周知を図るものとする。

付 則

- 1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。ただし、受診票の利用開始は令和8年10月1日からとする。
- 2 実施医療機関のうち、保険診療を取り扱わない医療機関（以下「自由診療医療機関」という。）については、当分の間、次のとおり取り扱うものとする。
  - (1)区長は、自由診療医療機関から協力の申出があったときは、東京都医師会加入の有無にかかわらず、当該医療機関と委託契約を締結することができる。
  - (2)自由診療医療機関は、第8条の規定にかかわらず、当月分の請求原票に妊産婦・乳児健康診査委託料請求書を添えて、翌月10日までに、区長に委託料を請求するものとする。
  - (3)区長は、前号の規定による請求を受けたときは、第9条の規定にかかわらず、内容を確認の上、当該医療機関に直接委託料を支払うものとする。

別表1 事業・住所コード

上2桁 10 1か月児健康診査

下1桁 検証番号

	区名	1か月児健康診査		区名	1か月児健康診査
1	千代田区	106013	24	八王子市	106245
2	中央区	106021	25	立川市	106252
3	港区	106039	26	武蔵野市	106260
4	新宿区	106047	27	三鷹市	106278
5	文京区	106054	28	青梅市	106286
6	台東区	106062	29	府中市	106294
7	墨田区	106070	30	昭島市	106302
8	江東区	106088	31	調布市	106310
9	品川区	106096	32	町田市	106328
10	目黒区	106104	33	小金井市	106336
11	大田区	106112	34	小平市	106344
12	世田谷区	106120	35	日野市	106351
13	渋谷区	106138	36	東村山市	106369
14	中野区	106146	37	国分寺市	106377
15	杉並区	106153	38	国立市	106385
16	豊島区	106161	39	西東京市	106393
17	北区	106179	40	福生市	106419
18	荒川区	106187	41	狛江市	106427
19	板橋区	106195	42	東大和市	106435
20	練馬区	106203	43	清瀬市	106443
21	足立区	106211	44	東久留米市	106450
22	葛飾区	106229	45	武蔵村山市	106468
23	江戸川区	106237	46	多摩市	106476
			47	稲城市	106484
			48	あきる野市	106492
			49	羽村市	106500
			50	瑞穂町	106518
			51	日の出町	106526
			52	檜原村	106542
			53	奥多摩町	106559
			54	大島町	106567
			55	利島町	106575
			56	新島村	106583
			57	神津島村	106591
			58	三宅村	106609
			59	御蔵島村	106617
			60	八丈町	106625
			61	青ヶ島村	106633
			62	小笠原村	106641

別表2 医師会コード

医師会名	コード	医師会名	コード
千代田区	0117	葛飾区	2212
神田	0125	江戸川区	2311
中央区	0216	八王子市	2410
日本橋	0224	北多摩	2519
港区	0315	立川市	2527
新宿区	0414	武蔵野市	2618
文京区	0513	三鷹市	2717
小石川	0521	西多摩	2816
下谷	0612	府中市	2915
浅草	0620	調布市	3111
墨田区	0745	町田市	3210
江東区	0810	小金井市	3319
品川区	0919	小平市	3418
荏原	0927	日野市	3517
目黒区	1016	国分寺市	3715
大森	1115	西東京市	4010
田園調布	1123	東久留米市	4515
蒲田	1131	多摩市	4713
世田谷区	1214	稲城市	4812
玉川	1222		
渋谷区	1313		
中野区	1412		
杉並区	1511		
豊島区	1610		
北区	1719		
荒川区	1818		
板橋区	1917		
練馬区	2014		
足立区	2113		

# 1か月児健康診査受診票（甲）

医療機関控

保護者の方へ

- ◎太わくの中には健康診査を受ける前に必ず記入してください。
- ◎この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。
- ◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

下記の者の健康診査を依頼します。

住所コード										
住所					電話					
フリガナ			男・女	生年月日		西暦 年 月 日(生後 日)				
フリガナ			乳児の被保険者番号 (わかる場合のみ記入)							
保護者氏名										
出生時の状況		体重 g			週数 週( か月)					
当てはまるものに○をつけてください。 (1) お乳をよく飲みますか : はい・いいえ (2) 元気で泣きますか : はい・いいえ (3) 大きな音にビクッ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) お乳を飲む時や抱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) からだが暗く寒いかどうか寒いと感じたことがありますか : いいえ・はい (6) うすい黄色、もしくはほうじ色・クリーム色の便(黄色カード1〜3番)が続いていますか : はい・いいえ (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) 寝にすると手足をよく動かしますか : はい・いいえ (9) 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか : なし・あり(1日 本) (10) 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 : なし・あり(1日 本) (11) 離乳の可能性のある食料を選び、何向けに聲をかけていますか : はい・いいえ (12) ソファやベッド、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか : はい・いいえ (13) 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・何ともいえない (14) 赤ちゃんをいとおしく感じますか : はい・いいえ・何ともいえない (15) 子育てについて不安や困難を感じることはありますか : はい・いいえ・何ともいえない (16) 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 (17) (きょうだいがいらいらする方へ) きょうだいのことで相談したいことはありますか : はい・いいえ (18) 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 : そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない (19) 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たことがありますか : いいえ・はい (20) 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか : 大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや少ない・大変少ない (21) 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 (22) 物事に對して興味がわかない、心から楽しい感じがよくありましたか : いいえ・はい (23) 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 (24) あなたはとまどいて自身の時間をもちとどまっていますか : はい・いいえ (25) 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										

## 都内委託医療機関 様

○ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。区市町村のフォローを急ぐ場合は、直接区市町村担当課へご連絡ください。

受診年月日		西暦 年 月 日	
身長	体重		頭囲
cm	g(増加量 g/日)		cm
身体的発育異常		外表面形	
なし・あり( )		なし・あり( )	
皮膚の所見		頭部の所見	
なし・黄痘・血管腫・色素異常・その他		なし・頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常	
顔の所見		胸部の所見	
1 特異的顔貌 なし・あり 2 目 なし・白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 3 口 なし・口唇裂・口蓋裂 4 耳 なし・小耳症・副耳・耳瘻孔等		1 なし 2 胸部の異常 3 呼吸の異常 4 心雑音 5 不整脈	
四肢の所見		発育性股関節形成不全リスク因子	
なし・運動制限・内反足		なし・モロー反射異常・筋トヌス異常	
新生児聴覚検査		先天性代謝異常等検査 結果確認	便色カード
1 正常 2 要検査(検査中・検査済)・3 未 【2要検査の場合】 先天性代謝等検査 1 済・2 未		異常なし・異常あり	番
育児環境等の所見		心配事	
なし・保護者の心身状態( ) その他( )		なし・あり( )	
その他の異常		栄養	
総合判定		1 異常なし・2 既医療・3 要経過観察・4 要紹介(要精密)・5 要紹介(要治療) 紹介先( )	
今後の指導と 区市町村への 連絡事項		1 当院で行う(保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) 2 区市町村で行う(保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中( ) 4 その他	
1か月児健康診査の結果は上記のとおりです。 西暦 年 月 日			
所在地 医療機関名 医師名		医療機関コード	

1 か月児健康診査受診票 (乙) 請求原票・結果通知票

医療機関へのお願い  
この受診票(乙)は当月分をお取りまとめの上、「妊産婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。

住所コード						
住所				電話		
フリガナ	男・女	生年月日	西暦 年 月 日(生後 日)			
乳児氏名						
フリガナ	乳児の被保険者番号 (わかる場合のみ記入)					
保護者氏名						
出生時の状況	体重	g	週数	週( 月)		
当てはまるものに○をつけてください。						
(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) 大きな音にビクッ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) お乳を飲む時や泣いた時に鼻が黄色になることがありますか						: いいえ・はい
(5) からだが特に寒いかいとか暖いか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(便色ガード1~3番)が続いていますか						: いいえ・はい
(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) 寝にすると手足をよく動かしませんか						: はい・いいえ
(9) 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか						: なし・あり(1日 本)
(10) 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						: なし・あり(1日 本)
(11) 寝るの可能性がある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
(12) ソファやベッド、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まれないよう工夫をしていますか						: はい・いいえ
(13) ゆったりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか						: はい・いいえ・何ともいえない
(14) 赤ちゃんをいとおしく感じますか						: はい・いいえ・何ともいえない
(15) 子育てについて不安や困難を感じることはありますか						: はい・いいえ・何ともいえない
(16) 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せんか						: はい・いいえ
(17) (きょうだいがいらいしやる方へ) 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
(18) 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						: そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない
(19) 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たことがありますか						: いいえ・はい
(20) 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか						: 大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい
(21) 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
(22) 仕事に対して興味がわかない、心から楽しめない感じがよくありましたか						: いいえ・はい
(23) あなたご自身の健康で困っていることはありますか						: いいえ・はい
(24) あなたは、ときどきご自身の健康をもつてはきていますか						: はい・いいえ
(25) 2か月頃から始まる予防接種の内訳についてご存知ですか						: はい・いいえ

都内委託医療機関 様  
○ここの下の欄は、診察した医師が記入してください。区市町村のフォローを急ぐ場合は、直接区市町村担当課へご連絡ください。

受診年月日	西暦	年	月	日
身長	体重		頭囲	栄養法
cm	g(増加量 g/日)		cm	母乳・人工乳・混合
身体的発育異常		外表奇形		姿勢の異常
なし・あり( )		なし・あり( )		なし・あり( )
皮膚の所見		頭部の所見		頭部の所見
なし・黄疽・血管腫・色素異常・その他		なし・頭血腫・頭圍拡大・小頭症・縫合異常		なし・斜頸・その他の頸部腫瘍
顔の所見		胸部の所見		腹部・腰背部の所見
1 特異的顔貌	なし・あり	1 なし 2 胸部の異常	1 なし 2 臍(肉芽・ヘルニア)	3 腹部腫瘍 4 そけいヘルニア
2 目	なし・白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等	3 呼吸の異常	3 腹部腫瘍 4 そけいヘルニア	5 仙骨部の異常
3 口	なし・口唇裂・口蓋裂	4 心雑音 5 不整脈		
4 耳	なし・小耳症・副耳・耳瘻孔等			
四肢の所見		神経学的異常		発育性股関節形成不全リスク因子
なし・運動制限・内反足		なし・モロー反射異常・筋トーン異常		1 リスク因子なし 2 股関節閉鎖制限 3 大腿/そけい皮膚溝の非対称・家族歴・女児・骨盤位分娩
新生児聴覚検査		先天性代謝異常等検査 結果確認	便色カード	ビタミンK <sub>1</sub> 投与
1 正常 2 要精査(精査中・精査未) 3 未 【2要精査の場合】先天性代謝異常検査 1 済 2 未		異常なし・異常あり	番	できている・できていない
育児環境等の所見		心配事		栄養
なし・保護者の心身状態( ) その他( )		なし・あり( )		良・要指導
その他の異常				
総合判定	1 異常なし・2 既医療・3 要経過観察・4 要紹介(要精密)・5 要紹介(要治療) 紹介先( )			
今後の指導と 区市町村への 連絡事項	1 当院で行う(保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介) 2 区市町村で行う(保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中( ) 4 その他			
1か月児健康診査の結果は上記のとおりです。 西暦 年 月 日				
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード			

# 1か月児健康診査受診票（丙） 保護者控

保護者の方へ

◎太わくの中は健康診査を受ける前に必ず記入してください。

◎この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。

◎この検査の結果等は、子育ての相談や適切な支援をするために、医療機関から区市町村へ連絡していただくこととしています。

住所コード					
住所					電話
フリガナ			男・女	生年月日	西暦 年 月 日(生後 日)
乳児氏名					
フリガナ			乳児の被保険者番号 (わかる場合のみ記入)		
保護者氏名					
出生時の状況	体重	g	週数	週	( 月)

○お子様の健康診査結果は、下記のとおりです。

受診年月日	西暦 年 月 日				
身長	体重		頭圍	栄養法	
cm	g (増加量 g/日)		cm	母乳 ・ 人工乳 ・ 混合	
身体的発育異常		外表奇形		姿勢の異常	
なし・あり ( )		なし・あり ( )		なし・あり ( )	
皮膚の所見		頭部の所見		頸部の所見	
なし・黄痘・血管腫・色素異常・その他		なし・頭血腫・頭圍拡大・小頭症・縫合異常		なし・斜頸 ・ その他の頸部腫瘍	
顔の所見		胸部の所見		腹部・腰部の所見	
1 特異的顔貌 なし・あり 2 目 なし・白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等 3 口 なし・口唇裂・口蓋裂 4 耳 なし・小耳症・副耳・耳瘻孔等		1 なし 2 胸部の異常 3 呼吸の異常 4 心雑音 5 不整脈		1 なし 2 臍(肉芽・ヘルニア) 3 腹部腫瘍 4 そけいヘルニア 5 仙骨部の異常	
四肢の所見		神経学的異常		発育性股関節形成不全リスク因子	
なし・運動制限・内反足		なし・モロー反射異常・筋トーン異常		1 リスク因子なし 2 股関節屈曲制限 3 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ・ 家族歴 ・ 女児 ・ 骨盤位分娩	
新生児聴覚検査		先天性代謝異常等検査 結果確認		便色カード	ビタミンK <sub>2</sub> 投与
1 正常 ・ 2 要精査(精査中・精査未) ・ 3 未 【2要精査の場合】 先天性代謝的類似検査 1 済 ・ 2 未		異常なし ・ 異常あり		番	できている ・ できていない

その他の異常	
総合判定	1 異常なし ・ 2 既医療 ・ 3 要経過観察 ・ 4 要紹介(要精密) ・ 5 要紹介(要治療) 紹介先 ( )
今後の指導と 区市町村への 連絡事項	1 当院で行う (保健指導 ・ 栄養指導 ・ 経過観察 ・ 治療 ・ 他機関紹介) 2 区市町村で行う (保健指導 ・ 栄養指導 ・ 経過観察 ・ 精密検査医療機関紹介) 3 他機関管理中 ( ) 4 その他
1か月児健康診査の結果は上記のとおりです。 <span style="float: right;">西暦 年 月 日</span>	
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード

年 月 日

1か月児健康診査受診票 交付申請書

板橋区長 殿

申請者住所  
氏名  
続柄

下記の理由により、1か月児健康診査受診票の交付を受けたいので申請いたします。

記

※太枠のみ御記入ください

乳 児 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所	電 話		
保 護 者 名			
申 請 理 由			

年 月 日

1か月児健康診査受診票 再交付申請書

板橋区長 殿

申請者住所  
氏名  
続柄

下記の理由により、1か月児健康診査受診票の再交付を受けたいので申請いたします。

記

※太枠のみ御記入ください

乳 児 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	電 話		
保 護 者 氏 名			
申 請 理 由	1 紛失 2 汚損等 (※汚損した受診票を御提出ください) 3 その他 ( )		
受診票を発行した 区 市 町 村 名	東京都	区・市・町・村	