

東京都板橋区6か月・9か月児健康診査事務取扱要領

平成16年3月29日板橋区保健所長決定

1 目的

この取扱要領は、東京都板橋区乳幼児健康診査実施要綱(平成16年3月19日区長決定、以下「要綱」という。)に基づき、板橋区(以下「区」という。)が実施する6か月・9か月児健康診査(以下「乳児健診」という。)の事務取扱に関して細目事項を定め、この事業を適正かつ円滑に行うことを目的とする。

2 対象者

原則として、区内に住所を有し、健診該当日に6か月から7か月及び9か月から10か月の乳児

3 健診の実施

- (1) 2か月に達する月の末日までに、乳児(6～7か月)健康診査受診票〔甲・乙・丙〕(別記第1号様式。以下「受診票」という。)及び乳児(9～10か月)健康診査受診票〔甲・乙・丙〕(別記第2号様式。以下「受診票」という。)を交付し、実施する。受診票には、別表1で定める住所コードを記入して交付するものとする。
- (2) 他の道府県から転入した対象者の保護者若しくは受診票などをき損又は紛失した保護者に対し、母子健康手帳(以下「母子手帳」という。)などにより未受診であることを確認し、「予防接種予診票・乳幼児健診受診票 申請書」により受診票を交付し、実施する。
- (3) 都内の区市町村で受診票を交付された後、板橋区に転入した場合、受診票はそのまま使用できるものとする。ただし、健康診査委託料は、転入先である板橋区が負担する。

4 検査(指導)項目

要綱第6条第1号から第3号に定める健診内容は、次に掲げるものとする。

- (1) 身体発育状況
- (2) 栄養状態
- (3) 皮膚の異常の有無
- (4) 眼の異常の有無
- (5) 耳、鼻及び咽喉の疾病及び異常の有無
- (6) 胸部及び腹部の異常の有無
- (7) 四肢及び股関節の異常の有無
- (8) 発達及び神経学的所見
- (9) 予防接種の実施状況
- (10) その他の疾病及び異常の有無
- (11) その他育児上問題となる事項

5 検査(指導)結果

(1) 指導

医療機関は、検査(指導)結果を受診票並びに母子手帳に記入するとともに、対象者の保護者に対し十分に指導及び助言を行うものとする。

(2) センターにおける指導

区長は、連合会から請求原票を受理したときは、受診票をセンターで保管し、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。

(3) 精密健康診査の勧奨

医療機関は、健診の結果、精密健康診査が必要と認めるときは、速やかにセンター所長に報告し、報告を受けたセンター所長は、対象者の保護者に対し精密健診の受診を勧奨するとともに、精密健康診査受診票(東京都板橋区精密健康診査事務取扱要領(平成16年3月29日板橋区保健所長決裁)別記第2号様式)を交付する。

6 実施医療機関からの健康診査委託料等の請求

- (1) 要綱第4条第2号の医療機関は、当月分の受診票の丙(請求原票)に妊婦・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。請求原票及び総括票の提出を受けた地区医師会は、内容を審査の上、妊婦・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。なお、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)要綱第4条第3号の医療機関は、当月分の受診票の丙(請求原票)をとりまとめ、総括票を添えて、翌月10日までに連合会に提出する。

7 健康診査委託料等の審査及び支払

(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、第6の規定により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

(3)区長は、連合会から送付された集計帳簿等を基に、連合会及び地区医師会に事務費を支払うものとする。

(4)区長は、委託料の支払に際し、連合会を通じて、妊婦・乳児健康診査等決定通知書により当該医療機関に通知する。また、事務費の支払に際し、地区医師会に通知する。

(5)連合会は、受診票の住所コードを確認のうえ、区に請求原票を送付する。

8 評価

センター所長は、乳児健診の検査項目、診察による所見、保健指導などを検討するとともに、同健診結果について評価し、今後の乳幼児の健康づくりに関する基礎的資料とする。

9 報告

センター所長は、乳児健診の実施結果及び要領8の結果について、保健所長に報告する。

付則

この要領は、平成16年4月1日から施行する。

付則

この要領は、平成30年12月1日から施行する。

付則

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

別表1 事業・住所コード

上2桁 11・・・乳児健康診査(6か月児)

12・・・乳児健康診査(9か月児)

下1桁 ・・・・検証番号

事業・住所コード一覧表は下記のとおり

事業種目	事業コード	住所コード	検証番号
乳児健康診査(6か月児)	11	619	4
乳児健康診査(9か月児)	12	619	3

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	0 1 1 7	葛飾区	2 2 1 2
神田	0 1 2 5	江戸川区	2 3 1 1
中央区	0 2 1 6	八王子市	2 4 1 0
日本橋	0 2 2 4	北多摩	2 5 1 9
港区	0 3 1 5	立川市	2 5 2 7
新宿区	0 4 1 4	武蔵野市	2 6 1 8
文京区	0 5 1 3	三鷹市	2 7 1 7
小石川	0 5 2 1	西多摩	2 8 1 6
下谷	0 6 1 2	府中市	2 9 1 5
浅草	0 6 2 0	調布市	3 1 1 1
墨田区	0 7 4 5	町田市	3 2 1 0
江東区	0 8 1 0	小金井市	3 3 1 9
品川区	0 9 1 9	小平市	3 4 1 8
荏原	0 9 2 7	日野市	3 5 1 7
目黒区	1 0 1 6	西東京市	4 0 1 0
大森	1 1 1 5	東久留米市	4 5 1 5
田園調布	1 1 2 3	多摩市	4 7 1 3
蒲田	1 1 3 1	稲城市	4 8 1 2
世田谷区	1 2 1 4		
玉川	1 2 2 2		
渋谷区	1 3 1 3		
中野区	1 4 1 2		
杉並区	1 5 1 1		
豊島区	1 6 1 0		
北区	1 7 1 9		
荒川区	1 8 1 8		
板橋区	1 9 1 7		
練馬区	2 0 1 4		
足立区	2 1 1 3		

第1号様式

乳児(6~7か月)健康診査受診票(甲) 医療機関控

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。
(当てはまる項目に記入をするか○をつけてください。)

左記の児の健康診査を依頼します。

都内委託医療機関 様

- 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。
- ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

出生時の状況	体重 g	週数 週(か月)
出生時の異常	なし・あり()	
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)
	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
現在の栄養方法	母乳 回	粉ミルク 回(1日 ml)
	離乳食 回	
1 どちらかに寝返りができますか はい・いいえ 2 両手をついて背を丸くして、ほんのわずか座れますか はい・いいえ 3 おもちゃなどを差し出すと、自分から手をだしてつかみまますか はい・いいえ 4 家族といるとき、話しかけるような声を出しますか はい・いいえ 5 なついている人が声をかけると、泣きやんだりうれしそうな様子を見せますか はい・いいえ 6 音や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いませんか いいえ・はい 8 ひと目が白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください		
住所コード		
住所	電話 ()	
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名
乳児生年月日	年 月 日	月齢 か月

計測	体重	g(10p以下 90p以上)		
	身長	cm(10p以下 90p以上)		
	頭囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見及び運動機能	1 手をついてほんのわずか座る 座れる・座れない 2 引き起こし反応 正常・異常の疑い・異常 3 顔に布をかけるテスト とる・とらない・左右差		
総合判定	問題なし・あり・疑い ()			
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			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	令和	年	月 日	
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード			

この受診票は感圧紙です。強く書いてください。

第1号様式

乳児(6~7か月)健康診査受診票(乙) 母子健康手帳貼付

保護者の方へ

あなたのお子さんの健康診査は、右記のとおりです。キリトリ線から切りはなして母子健康手帳の「乳児健康診査欄」にはってください。

保護者の方へ

健康診査の結果「今後の指導と区市町村への連絡事項」で「2 区市町村で行う」の欄に記入があったときは、居住する区市町村へ御連絡ください。

ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

出生時の状況	体重 g	週数 週(か月)
出生時の異常	なし・あり()	
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)
	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
現在の栄養方法	母乳 回	粉ミルク 回(1日 ml)
	離乳食 回	
1 どちらかに寝返りができますか はい・いいえ 2 両手をついて背を丸くして、ほんのわずか座れますか はい・いいえ 3 おもちゃなどを差し出すと、自分から手をだしてつかみまますか はい・いいえ 4 家族といるとき、話しかけるような声を出しますか はい・いいえ 5 なついている人が声をかけると、泣きやんだりうれしそうな様子を見せますか はい・いいえ 6 音や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いませんか いいえ・はい 8 ひと目が白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください		
住所コード		
住所	電話 ()	
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名
乳児生年月日	年 月 日	月齢 か月

計測	体重	g(10p以下 90p以上)		
	身長	cm(10p以下 90p以上)		
	頭囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見及び運動機能	1 手をついてほんのわずか座る 座れる・座れない 2 引き起こし反応 正常・異常の疑い・異常 3 顔に布をかけるテスト とる・とらない・左右差		
総合判定	問題なし・あり・疑い ()			
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			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	令和	年	月 日	
所在地 医療機関名 医師名	医療機関コード			

キリトリ線

第1号様式

乳児(6~7か月)健康診査

請求原票・結果通知票(丙)

医療機関へのお願い

この請求原票(丙)は、当月分をおとりまとめのうえ、「妊婦・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。

ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

出生時の状況	体重	g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()			
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2)	ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)
現在の栄養方法	母乳	回	粉ミルク	回(1日 ml) 離乳食 回
1 どちらかに寝返りができますか はい・いいえ 2 両手をついて背を丸くして、ほんのわずか座れますか はい・いいえ 3 おもちゃなどを差し出すと、自分から手をだしてつかみまますか はい・いいえ 4 家族といるとき、話しかけるような声を出しますか はい・いいえ 5 なついている人が声をかけると、泣きやんだりうれしそうな様子を 見せますか はい・いいえ 6 音や呼びかけにふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いませんか いいえ・はい 8 ひとみが白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください				
住所コード	[]			
住所	[]			
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名	[]	
乳児生年月日	年	月	日	月齢 [] か月

計測	体重	g(10p以下 90p以上)		
	身長	cm(10p以下 90p以上)		
測	頭 囲	cm	[]	
	カウプ指数	[]		
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	[]
	神経学的所見及び運動機能	1 手をついてほんのわずか座る 座れる・座れない 2 引き起こし反応 正常・異常の疑い・異常 3 顔に布をかけるテスト とる・とらない・左右差		
総合判定	問題なし・あり・疑い ()			
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			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	令和	[]	年	[]
所在地 医療機関名 医師名	[]			医療機関コード []

折らないでください

第2号様式

乳児(9~10か月)健康診査受診票(甲)

医療機関控

左記の児の健康診査を依頼します。

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。(当てはまる項目に記入をするか○をつけてください。)

都内委託医療機関 様

- 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。
- ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

出生時の状況	体重	g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()			
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2)	ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)
現在の栄養方法	離乳食	回	粉ミルク	回(1日 ml)・母乳 回
1 はいはいをしますか はい・いいえ 2 何かにつかまらせれば立っていられますか はい・いいえ 3 親指をつかって小さなものをつかめますか はい・いいえ 4 イヤイヤ、おててパチパチなどをしてみせると、そのまねを しますか はい・いいえ 5 床におもちゃや物を落としたりとき、さがしますか はい・いいえ 6 名前を呼ぶとふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いませんか いいえ・はい 8 ひとみが白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください				
住所コード	[]			
住所	[]			
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名	[]	
乳児生年月日	年	月	日	月齢 [] か月

計測	体重	g(10p以下 90p以上)		
	身長	cm(10p以下 90p以上)		
測	頭 囲	cm	[]	
	カウプ指数	[]		
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	[]
	神経学的所見及び運動機能	1 周囲への関心や反応 ある・はっきりしない・なし 2 パラシュート反応 正常・異常の疑い・異常 3 積木をつかむテスト つかむ・つかまない・検査未		
総合判定	問題なし・あり・疑い ()			
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			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	令和	[]	年	[]
所在地 医療機関名 医師名	[]			医療機関コード []

この受診票は感圧紙です。強く書いてください。

第2号様式

乳児(9~10か月)健康診査受診票(乙)

母子健康
手帳貼付

保護者の方へ

あなたのお子さんの健康診査は、右記のとおりです。キリトリ線から切りはなして母子健康手帳の「乳児健康診査欄」にはってください。

出生時の状況	体重	g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()			
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2)	ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)
現在の栄養方法	離乳食	回	粉ミルク	回(1日 ml)・母乳 回
1 はいはいをしますか はい・いいえ 2 何かにつかまらせば立っていられますか はい・いいえ 3 親指をつかって小さなものをつかめますか はい・いいえ 4 イヤイヤ、おててパチパチなどをしてみせると、そのまねをしますか はい・いいえ 5 床におもちゃや物を落としたり、さがしますか はい・いいえ 6 名前を呼ぶとふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いませんか いいえ・はい 8 ひとみが白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください				
住所コード	[]			
住所	[]			
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名	[]	
乳児生年月日	年	月	日	月齢 [] か月

保護者の方へ

健康診査の結果「今後の指導と区市町村への連絡事項」で「2 区市町村で行う」の欄に記入があったときは、居住する区市町村へ御連絡ください。

ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

計測	体重	g(10p以下 90p以上)		
	身長	cm(10p以下 90p以上)		
	頭囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見及び運動機能	1 周囲への関心や反応 2 パラシュート反応 3 積木をつかむテスト		ある・はっきりしない・なし 正常・異常の疑い・異常 つかむ・つかまない・検査未
	総合判定	問題なし・あり・疑い ()		
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			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	令和 []	年 []	月 []	日 []
所在地 医療機関名 医師名	[]			医療機関コード []

第2号様式

乳児(9~10か月)健康診査

請求原票・結果通知票(丙)

医療機関へお願い

都内委託医療機関 様

この請求原票(丙)は、当月分をおとりまとめのうえ、「妊婦・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。

ここから下の欄は、診察した医師が記入してください。

出生時の状況	体重	g	週数	週(か月)
出生時の異常	なし・あり()			
受けた予防接種	BCG	B型肝炎(1・2・3)	ヒブワクチン(1・2・3)	四種混合(1・2・3)
	ロタウイルス	ロタリックス(1価)(1・2)	ロタテック(5価)(1・2・3)	小児用肺炎球菌ワクチン(1・2・3)
現在の栄養方法	離乳食	回	粉ミルク	回(1日 ml)・母乳 回
1 はいはいをしますか はい・いいえ 2 何かにつかまらせば立っていられますか はい・いいえ 3 親指をつかって小さなものをつかめますか はい・いいえ 4 イヤイヤ、おててパチパチなどをしてみせると、そのまねをしますか はい・いいえ 5 床におもちゃや物を落としたり、さがしますか はい・いいえ 6 名前を呼ぶとふりむきますか はい・いいえ 7 眼の位置がおかしい(斜視)と思いませんか いいえ・はい 8 ひとみが白っぽく見えますか いいえ・はい 9 ひきつけたことがありますか いいえ・はい(熱 あり・なし) 10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか いいえ・はい 11 お母さんの気持ちやからだの調子はよいほうですか はい・いいえ 12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください				
住所コード	[]			
住所	[]			
フリガナ 乳児氏名	男・女	保護者名	[]	
乳児生年月日	年	月	日	月齢 [] か月

折
ら
な
い
で
く
だ
さ
い

計測	体重	g(10p以下 90p以上)		
	身長	cm(10p以下 90p以上)		
	頭囲	cm		
	カウプ指数			
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている			
離乳食の進み方	順調・順調でない			
診察所見	皮膚の異常	なし・あり()	呼吸音の異常	なし・あり()
	心音の異常	なし・あり()	腹部の異常	なし・あり()
	四肢の異常	なし・あり()	難聴の疑い	なし・あり()
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり()	その他	
	神経学的所見及び運動機能	1 周囲への関心や反応 2 パラシュート反応 3 積木をつかむテスト		ある・はっきりしない・なし 正常・異常の疑い・異常 つかむ・つかまない・検査未
	総合判定	問題なし・あり・疑い ()		
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			
乳児健康診査の結果は上記のとおりです。	令和 []	年 []	月 []	日 []
所在地 医療機関名 医師名	[]			医療機関コード []