

# 東京都板橋区1歳6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1歳6か月児健康診査(以下「1歳6か月健診」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

一般健診・歯科健診ともに、原則として区内に住所を有し、1歳6か月に達する日から満2歳に達しない幼児

## 3 健診の実施

### (1) 周知方法

ア 1歳5か月に達する月の末日までに、1歳6か月児健康診査受診票〔(1)・(2)・(3)・(4)〕(別記第1号様式。以下「受診票」という。)、1歳6か月児歯科健康診査質問票及び案内書を交付し、実施する。

イ 他の市区町村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。

### (2) 日程及び定員

健康福祉センター(以下「センター」という。)での実施日程及び定員は、健康福祉センター所長(以下「センター所長」という。)が定める。

## 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、別表1「健康診査検査(指導)項目」によるものとする。

## 5 検査(指導)結果

### (1) 医療機関における指導

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

センターは、歯科及び対象者の心身の発達などに係わる結果を1歳6か月児健康診査記録票及び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。

### (3) 精密健康診査の勧奨

センター所長は、健診の結果、精密健康診査が必要と認めるときは、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。

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 委託料の請求及び支払い

(1) 要綱第4条第2号の医療機関の代表者は、実施報告書(別記第2号様式)をもって公益社団法人板橋区医師会会長(以下「医師会長」という。)あて報告する。

(2) 医師会長は、受診票の内容などを審査し、適当と認めた時は、1歳6か月児健康診査実施報告書(別記第3号様式)に受診票を添えて、板橋区長(以下「区長」という。)に委託料の支払いを請求する。

(3) 区は、1歳6か月児健康診査実施報告書などを審査し、適当と認めた時は、医師会長に委託料を支払う。

(4) 要綱第4条第3号の医療機関は、当月分の請求原票を添えて、区に健康診査委託料を請求する。

(5) 区は、要綱第4条第3号の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。

## 7 評価

センター所長は、1歳6か月健診の検査項目、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。

## 8 報告

センター所長は、1歳6か月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

- 1 この要領の一部改正は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、要領の施行の日以後においては、要領の規定により交付された受診票とみなす。

### 付則

- 1 この要領の一部改正は、平成23年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、要領の施行の日以後においては、要領の規定により交付された受診票とみなす。

### 付則

- 1 この要領の一部改正は、平成24年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、要領の施行の日以後においては、要領の規定により交付された受診票とみなす。

### 付則

- 1 この要領の一部改正は、平成27年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、要領の施行の日以後においては、要領の規定により交付された受診票とみなす。

### 付則

- 1 この要領の一部改正は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、要領の施行の日以後においては、要領の規定により交付された受診票とみなす。

### 付則

- 1 この要領の一部改正は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行日前に交付された受診票は、要領の施行の日以後においては、要領の規定により交付された受診票とみなす。

別表1

## 【健康診査検査(指導)項目】

	主な検査(指導)項目	実施機関
一般健診	① 身体発育状況 ② 栄養状態 ③ 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無 ④ 皮膚の疾病の有無 ⑤ 四肢運動障害の有無 ⑥ 精神発達の状況 ⑦ 言語障害の有無 ⑧ 予防接種の実施状況 ⑨ その他の疾病及び異常の有無 ⑩ その他育児上問題となる事項	医療機関 (板橋区内)
歯科健診	① 歯及び口腔の疾病及び異常の有無 ② 歯面清掃の指導 ③ 歯ブラシの選択及び取り扱い指導 ④ 心身の発育状況などの問診 ⑤ 保健及び栄養相談	健康福祉センター

第1号様式（第3条関係）

この用紙は4枚複写です。強く書いてください。4枚目は1.6 歯科健診時の提出用です。

板橋区 1歳6か月児健康診査受診票(1) 請求原票

受診期間 1歳6か月になる日から2歳になる前日まで				
保護者氏名				
電話番号 ( )				
生年月日	年	1歳 6か月	性別	男・女

※太枠の項目・質問について(1～20まで)、受診前に記入または○をつけてください。

この欄は診察した医師が記入してください。

出生時の異常	なし・不明・あり( )			
健診時	体重	kg	身長	cm
	頭囲	cm		
既往歴	なし・あり( )			
予防接種歴	ヒブ(1・2・3・追) 肺炎球菌(1・2・3・追)			
	B肝(1・2・3) ロタ(1・2・3) 四混(1・2・3・追)			
	BCG MR 水痘(1・2) おたふく			
質問票の検討	身体発育上の問題	なし・あり		
	食事栄養上の問題	なし・あり		
	精神発達上の問題	なし・あり		
	その他の問題	なし・あり		
診察所見	形態異常	なし・疑い・あり		
	胸腹部の所見	なし・疑い・あり		
	皮膚の異常	なし・疑い・あり		
	その他の所見	なし・疑い・あり		
総合判定	今後の発育に問題となる疾患	なし・疑い・あり		
	問題なし・疑い・あり( )			
連事後事指項導	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	区で行う(相談(保健/栄養/心理)・経過観察・精密健診票発行)		
	3	他機関管理中( )		
	4	その他( )		
この幼児の健康診査結果は上記のとおりです。令和 年 月 日				
所在地				
電話番号				
医療機関名				
医師名				

保護者の方へ

\*健診時に母子健康手帳をお持ちください。  
\*医療機関によって健診日等が異なりますのでご確認ください。  
\*板橋区内の実施医療機関以外では受けられません。  
\*なるべく内科健診を受けてから歯科健康診査にいらしてください。

1) 在胎週数	_____ 週 ( 月 )
2) 出生時の体重	_____ g
3) 今まで重い病気にかかったことがありますか。	ない・ある ( )
4) 今までひきつけを起こしたことがありますか。	ない・ある ( _____ 回 ) ↳熱:ある・ない
5) ひとりで上手に歩けますか。	はい・いいえ ひとり歩き _____ 歳 _____ か月
6) 手をつないであげると階段をのぼれますか。	はい・いいえ
7) 積木やブロックなどを積み重ねることができますか。	はい・いいえ
8) スプーンなどを使って食べようとしますか。	はい・いいえ
9) うしろから名前を呼ぶとふりむきますか。	はい・いいえ
10) パパ、ママ、ブーブーなど意味のある言葉を3つ以上話しますか。	はい・いいえ
11) いろいろなおもちゃで遊びますか。	はい・いいえ
12) 家族など親しい人のしぐさをまねしますか。	はい・いいえ
13) 絵本などを見せながら「○○はどれ？」と聞くと指でさしますか。	はい・いいえ
14) 何かこわいことがあると保護者など、なじみのある人にしがみついたりしますか。	はい・いいえ
15) 話しかけたとき目と目が合いますか。	はい・いいえ
16) 誰がいてもまるで人がいないかのように全く無視して動き回っていますか。	いいえ・はい
17) 一緒にあそぶとよろこびますか。	はい・いいえ
18) 牛乳またはフォローアップミルクを1日にどのくらい飲みますか。	_____ ml
19) 食事について心配なことがありますか。	ない・ある… (1)あまり食べない (2)食べすぎる (3)食事にこだわりがある (4)その他具体的に ( )
20) 何か心配なことや相談したいことがあればお書きください。	

医療機関へのお願ひ

この受診票(1)は、当月分をお取りまとめのうえ、実施報告書と一緒に医師会へ所定の方法で提出してください。 (1)請求原票

第1号様式 (第3条関係)

板橋区1歳6か月児健康診査受診票(2) 医療機関控

保護者氏名					
電話番号 ( )					
生年月日			年 1歳	か月	性別 男・女

この欄は診察した医師が記入してください。

出生時の異常	なし・不明・あり( )				
健診時	体重	kg	身長	cm	
	頭囲	cm			
既往歴	なし・あり( )				
予防接種歴	ヒブ(1・2・3・追加) 肺炎球菌(1・2・3・追加) B肝(1・2・3) ロタ(1・2・3) 四混(1・2・3・追加) BCG MR 水痘(1・2) おたふく				
質問票の検討	身体発育上の問題	なし・あり			
	食事栄養上の問題	なし・あり			
	精神発達上の問題	なし・あり			
	その他の問題	なし・あり			
診察所見	形態異常	なし・疑い・あり			
	胸腹部の所見	なし・疑い・あり			
	皮膚の異常	なし・疑い・あり			
	その他の所見	なし・疑い・あり			
	今後の発育に問題となる疾患	なし・疑い・あり			
総合判定	問題なし・疑い・あり( )				
連事絡後事指項導	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	区で行う (相談(保健/栄養/心理)・経過観察・精密健診票発行)			
	3	他機関管理中( )			
	4	その他( )			
この幼児の健康診査結果は上記のとおりです。令和 年 月 日					
所在地					
電話番号					
医療機関名					
医師名					

医療機関各位

\*受診票(1)の請求原票は、当月分をお取りまとめのうえ、実施報告(請求内訳)書と一緒に医師会へ所定の方法で提出してください。  
\*この受診票(2)は、医療機関にて保管してください。

1) 在胎週数	_____ 週 ( 月 )
2) 出生時の体重	_____ g
3) 今まで重い病気にかかったことがありますか。	なし・ある( )
4) 今までひきつけを起こしたことがありますか。	なし・ある( _____ 回) ↳熱: あり・なし
5) ひとりで上手に歩けますか。ひとり歩き _____ 歳 _____ 月	はい・いいえ
6) 手をつないであげると階段をのぼれますか。	はい・いいえ
7) 積木やブロックなどを積み重ねることができますか。	はい・いいえ
8) スプーンなどを使って食べようとしますか。	はい・いいえ
9) うしろから名前を呼ぶとふりむきますか。	はい・いいえ
10) パパ、ママ、プーピーなど意味のある言葉を3つ以上話しますか。	はい・いいえ
11) いろいろなおもちゃで遊びますか。	はい・いいえ
12) 家族など親しい人のしぐさをまねしますか。	はい・いいえ
13) 絵本などを見せながら「○○はどれ?」と聞くと指でさしますか。	はい・いいえ
14) 何かこわいことがあると保護者など、なじみのある人にしがみついたりしますか。	はい・いいえ
15) 話しかけたとき目と目が合いますか。	はい・いいえ
16) 誰がいてもまるで人がいないかのように全く無視して動き回っていますか。	いいえ・はい
17) 一緒にあそぶとよろこびますか。	はい・いいえ
18) 牛乳またはフォローアップミルクを1日に _____ ml どのくらい飲みますか。	
19) 食事について心配なことがありますか。 なし・ある… (1)あまり食べない (2)食べすぎる (3)食事にきたりがある (4)その他具体的に ( )	
20) 何か心配なことや相談したいことがあればお書きください。	

(2) 医療機関控

第1号様式 (第3条関係)

板橋区1歳6か月児健康診査受診票(3) 保護者控

保護者氏名				
電話番号	( )			
生年月日		年齢	1歳 か月	性別 男・女

この欄は診察した医師が記入してください。

出生時の異常	なし・不明・あり( )			
健診時	体重	kg	身長	cm
	頭囲	cm		
既往歴	なし・あり( )			
予防接種歴	ヒブ(1・2・3・追加) 肺炎球菌(1・2・3・追加) B肝(1・2・3) ロタ(1・2・3) 四混(1・2・3・追加) BCG MR 水痘(1・2) おたふく			
質問票の検討	身体発育上の問題	なし・あり		
	食事栄養上の問題	なし・あり		
	精神発達上の問題	なし・あり		
	その他の問題	なし・あり		
診察所見	形態異常	なし・疑い・あり		
	胸腹部の所見	なし・疑い・あり		
	皮膚の異常	なし・疑い・あり		
	その他の所見	なし・疑い・あり		
	今後の発育に問題となる疾患	なし・疑い・あり		
総合判定	問題なし・疑い・あり( )			
連絡後指導事項	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 区で行う (相談[保健/栄養/心理]・経過観察・精密健診票発行)			
	3 他機関管理中( )			
	4 その他( )			
この幼児の健康診査結果は上記のとおりです。令和 年 月 日				
所在地				
電話番号				
医療機関名				
医師名				

**保護者の方へ**  
 \*お子さんの健康診査結果は次のとおりです。母子健康手帳と一緒に保存してください。  
 \*受診票(4)の用紙は、1歳6か月児歯科健康診査の際、健康福祉センターに提出してください。

1) 在胎週数	_____週 ( か月)
2) 出生時の体重	_____g
3) 今まで重い病気にかかったことがありますか。	なし・ある( )
4) 今までひきつけを起こしたことがありますか。	なし・ある( 回) ↳ 熱: あり・なし
5) ひとりで上手に歩けますか。	はい・いいえ ひとり歩き _____歳 _____か月
6) 手をつないであげると階段をのぼれますか。	はい・いいえ
7) 積木やブロックなどを積み重ねることができますか。	はい・いいえ
8) スプーンなどを使って食べようとしますか。	はい・いいえ
9) うしろから名前を呼ぶとふりむきますか。	はい・いいえ
10) パパ、ママ、ブーブーなど意味のある言葉を3つ以上話しますか。	はい・いいえ
11) いろいろなおもちゃで遊びますか。	はい・いいえ
12) 家族など親しい人のしぐさをまねしますか。	はい・いいえ
13) 絵本などを見せながら「〇〇はどれ?」と聞くと指でさしますか。	はい・いいえ
14) 何かこわいことがあると保護者など、なじみのある人にしがみついたりしますか。	はい・いいえ
15) 話しかけたとき目と目が合いますか。	はい・いいえ
16) 誰がいてもまるで人がいないかのように全く無視して動き回っていますか。	いいえ・はい
17) 一緒にあそぶとよろこびますか。	はい・いいえ
18) 牛乳またはフォローアップミルクを1日にどのくらい飲みますか。	_____ml
19) 食事について心配なことがありますか。 なし・ある… (1)あまり食べない (2)食べすぎる (3)食事にかたよりのある (4)その他具体的に ( )	
20) 何か心配なことや相談したいことがあればお書きください。	

(3) 保護者控

第1号様式（第3条関係）

板橋区1歳6か月児健康診査受診票(4) 健康福祉センター提出用

保護者氏名				
電話番号 ( )				
生年月日	年	1歳	か月	性別 男・女

この欄は診察した医師が記入してください。

出生時の異常	なし・不明・あり( )			
健診時	体重	kg	身長	cm
	頭囲	cm		
既往歴	なし・あり( )			
予防接種歴	ヒブ(1・2・3・追加) 肺炎球菌(1・2・3・追加) B肝(1・2・3) ロタ(1・2・3) 四混(1・2・3・追加) BCG MR 水痘(1・2) おたふく			
質問票の検討	身体発育上の問題	なし・あり		
	食事栄養上の問題	なし・あり		
	精神発達上の問題	なし・あり		
	その他の問題	なし・あり		
診察所見	形態異常	なし・疑い・あり		
	胸腹部の所見	なし・疑い・あり		
	皮膚の異常	なし・疑い・あり		
	その他の所見	なし・疑い・あり		
	今後の発育に問題となる疾患	なし・疑い・あり		
総合判定	問題なし・疑い・あり( )			
連事絡後事指導	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	区で行う(相談(保健/栄養/心理)・経過観察・精密健診票発行)		
	3	他機関管理中( )		
	4	その他( )		
この幼児の健康診査結果は上記のとおりです。令和 年 月 日				
所在地				
電話番号				
医療機関名				
医師名				

保護者の方へ

\*この受診票(4)の用紙は、1歳6か月児歯科健康診査の際、健康福祉センターに提出してください。  
\*1歳6か月児歯科健康診査のアンケートも記入のうえ、提出してください。

1) 在胎週数	_____週 (  か月)
2) 出生時の体重	_____g
3) 今まで重い病気にかかったことがありますか。	ない・ある( )
4) 今までひきつけを起こしたことがありますか。	ない・ある( _____回) ↳熱:ある・ない
5) ひとりで上手に歩けますか。	ひとり歩き _____歳 _____か月
6) 手をつないであげると階段をのぼれますか。	はい・いいえ
7) 積木やブロックなどを積み重ねることができますか。	はい・いいえ
8) スプーンなどを使って食べようとしますか。	はい・いいえ
9) うしろから名前を呼ぶとふりむきますか。	はい・いいえ
10) パパ、ママ、ブーブーなど意味のある言葉を3つ以上話しますか。	はい・いいえ
11) いろいろなオモチャで遊びますか。	はい・いいえ
12) 家族など親しい人のしぐさをまねしますか。	はい・いいえ
13) 絵本などを見せながら「〇〇はどれ?」と聞くと指でさしますか。	はい・いいえ
14) 何かこわいことがあると保護者など、なじみのある人にしがみついたりしますか。	はい・いいえ
15) 話しかけたとき目と目が合いますか。	はい・いいえ
16) 誰がいてもまるで人がいないかのように全く無視して動き回っていますか。	いいえ・はい
17) 一緒にあそぶとよろこびますか。	はい・いいえ
18) 牛乳またはフォローアップミルクを1日にどのくらい飲みますか。	_____ml
19) 食事について心配なことがありますか。	ない・ある… (1)あまり食べない (2)食べすぎる (3)食事にカタよりがある (4)その他具体的に ( )
20) 何か心配なことや相談したいことがあればお書きください。	

保護者の方へ

すでに1歳6か月児歯科健康診査を受診している方は、この受診票(4)の用紙の提出は不要です。(4)保護者→健康福祉センター

第2号様式（第6条関係）

医師会提出用

実施報告（請求内訳）書  
（検診・精密検査結果通知兼用）

			年 月 分	
検 診 名		単価（円）	件 数	金 額
骨粗しょう症 予 防	有 料			
	無 料			
	合 計			
1 歳 6 か 月 児				
精 密 検 査 結 果 通 知	肝 疾 患			
	胃 が ん			
	肺 が ん			
	子 宮 が ん			
	乳 が ん			
	大 腸 が ん			
	前 立 腺 が ん			
	喉 頭 が ん			
	胃が ん リ ス ク			
	合 計			

※ 検診ごとに、1部作成してください。

上記のとおり報告します。

板橋区医師会代表理事様

年 月 日

医療機関コード  
医 療 機 関 名  
所 在 地  
電 話  
代 表 者 名



第3号様式（第6条関係）

## 1歳6か月児健康診査実施報告書

令和 年 月分

	件 数	備 考
一次健診		
二次健診		
合 計		

上記のとおり報告する。

令和 年 月 日

名 称

代表者

板 橋 区 長 様