

8東彼杵町告示第77号

東彼杵町乳児一般健康診査及び精密健康診査事業実施要綱の一部を改正する告示をここに公布する。

令和8年4月1日

東彼杵町長 岡田 伊一郎

東彼杵町乳児一般健康診査及び精密健康診査事業実施要綱の一部を改正する告示

東彼杵町乳児一般健康診査及び精密健康診査事業実施要綱（令和２年告示第１３２号）の一部を次のように改正する。

次の表に掲げる規定の改正部分は、下線の部分である。

改正後	改正前														
（乳児健康診査の実施） 第３条 （略） ２ 一般健康診査は、原則として、乳児期に <u>３</u>回行うものとし、その時期は、次表に掲げるとおりとする。 なお、低出生体重児等で医師が必要と認めるときは、この限りではない。 <table border="1"> <tr> <th>時期</th><th>時期</th></tr> <tr> <td>乳児１回目</td><td>生後<u>１</u>か月</td></tr> <tr> <td>乳児２回目</td><td>生後<u>３～６</u>か月</td></tr> <tr> <td>乳児３回目</td><td>生後<u>９～１１</u>か月</td></tr> </table> ３ （略） （健康診査の内容） 第４条 一般健康診査の内容は、<u>委託医療機関との協議により定める項目とする。</u> 〔削除〕 〔削除〕 〔削除〕 〔削除〕 ２ （略）	時期	時期	乳児１回目	生後 <u>１</u> か月	乳児２回目	生後 <u>３～６</u> か月	乳児３回目	生後 <u>９～１１</u> か月	（乳児健康診査の実施） 第３条 （略） ２ 一般健康診査は、原則として、乳児 <u>前期から後期までの各期を</u> <u>通じて２</u>回行うものとし、その時期は、次表に掲げるとおりとする。 なお、低出生体重児等で医師が必要と認めるときは、この限りではない。 <table border="1"> <tr> <th>時期</th><th>時期</th></tr> <tr> <td>乳児１回目</td><td>生後<u>３～６</u>か月</td></tr> <tr> <td>乳児２回目</td><td>生後<u>９～１１</u>か月</td></tr> </table> ３ （略） （健康診査の内容） 第４条 一般健康診査の内容は、<u>次のとおりとする。</u> <u>（１） 問診</u> <u>（２） 身体計測</u> <u>（３） 診察（心疾患、股関節脱臼の有無）</u> <u>（４） その他</u> ２ （略）	時期	時期	乳児１回目	生後 <u>３～６</u> か月	乳児２回目	生後 <u>９～１１</u> か月
時期	時期														
乳児１回目	生後 <u>１</u> か月														
乳児２回目	生後 <u>３～６</u> か月														
乳児３回目	生後 <u>９～１１</u> か月														
時期	時期														
乳児１回目	生後 <u>３～６</u> か月														
乳児２回目	生後 <u>９～１１</u> か月														

様式第 2 号

(略)

(略)

様式第 2 号

〔新設〕

(略)

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

交付番号

フリガナ 乳児氏名			令和 年 月 日生	
現住所 (住民票)				性別 男 女
保護者氏名				
在胎週数	() 週		出生時体重 () g	
上記乳児の一般健康診査を依頼します。 (委託自治体)				
※医師記入欄				
健診実施日	令和 年 月 日	生後		日
体重 g (増加量 g/日)	身長 cm	頭囲 cm	栄養法 母乳・混合・人工乳	
身体的発育異常	なし・あり			
栄養状態	良・要指導			
外表奇形	なし・あり			
姿勢の異常	なし・あり			
皮膚	なし・あり (黄疽・血管腫・色素異常・その他 ())			
頭部	なし・あり (頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常)			
顔	なし・あり (特異的顔貌・目 (白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常) ・口 (口唇裂・口蓋裂)・耳 (小耳症・副耳・耳瘻孔))			
頸部	なし・あり (斜頸・その他の頸部腫瘍)			
胸部	なし・あり (胸部の異常・呼吸の異常・心雑音・不整脈)			
腹部・腰背部	なし・あり (臍 (肉芽・ヘルニア)・腹部腫瘍・そけいヘルニア・仙骨部の異常)			
四肢	なし・あり (四肢の運動制限・内反足)			
神経学的異常	なし・あり (モロー反射・筋トヌス)			
発育性股関節形成不全リスク因子	なし・あり (股関節開排制限・大腿／そけい皮膚溝の非対称・家族歴・女児・骨盤位分娩)			
その他の異常	なし・あり			
新生児聴覚検査	正常・精査中 (右・左) ・未			
先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未			
便色カード	番			
ビタミンK2の投与	できている・できていない			
子育て支援の必要性の判定 ☐ 特に問題なし ☐ 保健師による支援が必要 ☐ その他の支援が必要				
市町村への連絡等	判 定	1 要医療	2 要精密	3 要指導
		4 要観察	5 異常なし	6 加療中
委託医療機関	令和 年 月 日			
所在地 名称 氏名	印			

※受診者（保護者）の方は、太枠内をボールペンで記入してください。

お乳をよく飲みますか。	はい	・	いいえ
元気で声で泣きますか。	はい	・	いいえ
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
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
からだ特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。	いいえ	・	はい
うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便（便色カード1番から3番）が続いていますか。	いいえ	・	はい
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
裸にすると手足をよく動かしますか。	はい	・	いいえ
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（本/日）
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（本/日）
窒息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
ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、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
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・何ともいえない
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
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
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
（きょうだいがいらいっちゃん方へ）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
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			
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
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			
気分が沈んだり、憂鬱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
物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しい感じがよくありましたか。	いいえ	・	はい
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
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
2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存じですか。	はい	・	いいえ
現在何かに心配なこと、相談したいことはありますか。 （			

注3) 現住所から他の市町村へ転出した場合は、直ちに転出先の市町村へ受診票を持参 上届け出てください。