

# 第4回 1か月児健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会

日 時：令和8年2月12日（木曜日）午後7時から午後8時30分まで

場 所：都庁第一本庁舎33階 特別会議室N4

※オンラインによる開催

## 会議次第

- 1 開会
- 2 委員紹介
- 3 都内共通受診方式導入に当たっての方向性
- 4 事務の手引きについて
- 5 医療機関向け・都民向け周知等について
- 6 閉会

### (配布資料)

- 資料1 1か月児健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会設置要領  
資料2 1か月児健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会委員名簿  
資料3 1か月児健康診査に係る都内共通受診方式導入に向けた検討の進め方  
資料4 都内共通受診方式導入に当たっての決定事項【1か月児健康診査】  
資料5 1か月児健康診査 受診票様式  
資料6 連絡票様式  
資料7 1か月児健康診査標準要綱  
資料8 医療機関向け 1か月児健康診査事務の手引き（案）  
資料9 医療機関・都民向け周知等について

### (参考資料)

- 参考資料1 母子保健医療対策総合支援事業実施要綱・交付要綱（1か月児健康診査部分抜粋）  
参考資料2 1か月児健康診査問診票・診査票（こども家庭庁通知抜粋）

## 1か月児健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会設置要領

令和7年1月20日付6福祉子家第2478号

### 第1 目的

都内で1か月児健康診査を受ける全ての乳児が、都内区市町村の区域を越えて健康診査を受けられる体制の整備に向けて、各機関の役割や課題等について検討するため、1か月児健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会（「検討会」という。）を設置する。

### 第2 設置期間

令和7年2月1日から令和8年3月31日までとする。

### 第3 検討事項

検討会の検討事項は、以下のとおりとする。

- 1 1か月児健康診査の実施に係る現状と課題
- 2 各機関の役割及び連携体制
- 3 その他検討会が必要と定める事項

### 第4 構成

検討会は、福祉局長が委嘱又は任命する委員をもって構成する。

また、委員の構成は、次のとおりとする。

- (1) 関係団体の代表 5名以内  
(2) 関係行政機関の職員 5名以内

### 第5 任期

委員の任期は、委嘱又は任命の日から2年とする。ただし、再任を妨げない。

なお、委員が欠けた場合における後任の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

### 第6 運営事項

検討会の運営に関する事項は検討会で協議の上、決定する。

### 第7 開催

検討会は、必要な都度福祉局長が招集し、開催する。

### 第8 事務

検討会の事務は、福祉局子供・子育て支援部家庭支援課において行う。

### 第9 関係者からの意見聴取等

検討会は、必要があると認めるときは、委員以外の者から意見を聴取できるほか、検討会への出席を求めることができる。

第10 検討会の公開

検討会及び検討会の議事録・会議資料は公開する。

第11 その他

その他必要な事項は検討会で協議の上、決定する。

1か月児健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会  
委員名簿

(区分ごと五十音順、敬称略)

区分	氏名	職名
委員	関係団体	イケノ ミツル 池野 充 順天堂大学医学部附属順天堂医院小児科・思春期科准教授
		カワカミ カズエ 川上 一恵 公益社団法人東京都医師会副会長
		サワダ マサコ 澤田 雅子 東京小児科医会副会長、澤田こどもクリニック院長
	関係行政機関	サカモト タケヒト 坂本 岳人 国分寺市子ども家庭部子育て相談室長
		シマザキ ユウスケ 島崎 友介 瑞穂町福祉部子ども家庭センター課長
		ヒラタ ユウコ 平田 祐子 中野区地域支えあい推進部鷺宮すこやか福祉センター所長

1か月児健康診査に係る都内共通受診方式の公費負担制度導入に向けて、以下のとおり検討を進めていく

## 検討スケジュール

回数	時期	議事
第1回	令和7年3月28日	<ul style="list-style-type: none"><li>・都内共通受診方式導入に向けた検討の進め方</li><li>・都内における1か月児健康診査の実施状況</li><li>・都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性</li></ul>
第2回	令和7年6月13日	<ul style="list-style-type: none"><li>・都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性 (健康診査の内容、公費負担額、受診票様式、事務の流れ等)</li></ul>
第3回	令和7年9月17日	<ul style="list-style-type: none"><li>・都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性 (健康診査の内容、公費負担額、受診票様式、連絡票等)</li><li>・事務の手引き(案)及び標準要綱(案)の検討</li></ul>
	令和7年11月	五者協議(公費負担額、標準要綱案等)
第4回	令和8年2月12日	<ul style="list-style-type: none"><li>・都内共通受診方式導入に当たっての決定事項</li><li>・事務の手引きについて</li><li>・医療機関向け及び都民向け周知について</li></ul>



五者協議を踏まえ、令和8年10月1日から都内共通受診方式の公費負担制度を導入

※産婦健康診査についても同様

# 都内共通受診方式導入に当たっての決定事項【1か月児健康診査】

資料4

項目	方向性（案）
対象施設	原則として、診療科目に <b>産婦人科・小児科を標榜</b> しており、1か月児健康診査を実施する医療機関を委託契約の対象とする
健康診査の内容	<p><b>受診票（資料5）のとおり実施</b>            ※国が示す問診票及び健康診査票を基に設定</p>
公費負担額・回数	1回あたり6,000円・1回まで ※国の補助単価を基準とする
対象者	出生後27日を超え、生後6週に達しない乳児とする
受診票配布時期	妊娠届出時（母と子の保健バッグに同封）等
受診票利用開始日	<p><b>令和8年10月1日</b>とする            ※受診票利用の対象は、<b>令和8年10月1日以降に受診した児</b>とする</p>
制度周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>・都から関係医療機関等に対し通知</li> <li>・医療機関向けの手引き作成や研修実施を予定</li> </ul>
1か月児健康診査実施医療機関と区市町村の連携	区市町村のフォローを急ぐ場合は、 <b>医療機関から区市町村に「連絡票」を送付</b>
契約・請求事務の流れ	<p><b>妊婦・乳児健康診査と同様</b>とする            ※東京都医師会に加盟する医療機関と加盟しない医療機関でフローは異なる            受診票は、3枚複写            1枚目：医療機関控、<b>2枚目：請求原票（国保連・区市町村宛）</b>、<b>3枚目：保護者控</b></p>

# 1か月児健康診査のご案内

○●令和8年10月1日以降に受診された方が、この受診票を使用できます●○

赤ちゃんが健やかに育つためには、定期的な健康診査が必要です。

東京都にお住まいの生後1か月の赤ちゃんは、都内委託医療機関で公費で受けられます。

## 1 受診の方法

この「受診票」を、東京都内の医療機関の窓口へ提出してください。

## 2 受診の時期

生後28日から生後41日まで（出生日を0日目と数えます）

## 3 受診票の記入

上段の太わく内は、保護者の方が記入してください。

3枚複写のため、強めに記入をお願いします。

## 4 診査項目

- ・身体発育状況、栄養状態、疾病及び異常の有無
- ・新生児聴覚検査、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 など

※受診票に記載の項目については、公費負担の対象になります。

そのほかに必要な健診、治療が行われた場合は、自己負担額が発生しますので、ご了承ください。

## 5 注意事項

- ・医療機関では、混雑や病気の感染を避けるため健康診査の日時を定めている場合がありますので、前もって医療機関へ照会してください。
- ・受診の際には、母子健康手帳をお持ちください。
- ・他道府県に転居された場合、この受診票を使用することはできません。  
転出先で再度受診票を交付してもらってください。  
なお、都内の他の区市町村に転居された場合、この受診票はそのまま使用できます。
- ・この受診票は原則、再発行はできません。ただし、やむを得ない事情がある場合には、お住まいの区市町村にお申し出ください。
- ・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。

## 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			
乳児氏名				西暦	年	月	日(生後)	
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)元気な声で泣きますか はい・いいえ								
(3)大きな音にピ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唇が紫色になりますか いいえ・はい								
(5)からだが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								
(6)うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1~3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できますか はい・いいえ								
(8)裸にな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)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								
(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いと感じますか 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)(きょうたいがいらっしゃる方へ)きょうた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・どちらかといえどもそう思う・どちらかといえどもそう思わない・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つ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 大変やとりがある・やややとりがある・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)物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								
(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	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・黄疸・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	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 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 心雜音 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・筋トーネス異常	1 リスク因子なし 2 股関節開排制限 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】先天性サトウガウルム検査 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)		
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
乳児氏名				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)元気な声で泣きますか はい・いいえ					
(3)大きな音にピ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唇が紫色になりますか いいえ・はい					
(5)からだが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					
(6)うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1~3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できますか はい・いいえ					
(8)裸にな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)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					
(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いと感じますか 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)(きょうたいがいらっしゃる方へ)きょうた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・どちらかといえどもそう思う・どちらかといえども思わない・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つ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 大変やとりがある・やややとりがある・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)物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					
(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	栄養法	
cm	g (増加量	g/日)	cm	母乳	・ 人工乳
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・黄疸・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		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 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 心雜音 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・筋トーネス異常		1 リスク因子なし 2 股関節開閉制限 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】先天性サトウガウルム検査 1 濟・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)				
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(か月)		

○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 cm	体重 g (増加量 g/日)	頭囲 cm	栄養法 母乳 • 人工乳 • 混合	
身体的発育異常 なし・あり( )	なし・あり( )	なし・あり( )	姿勢の異常 なし・あり( )	
皮膚の所見 なし・黄疸・血管腫・色素異常・その他	頭部の所見 なし・頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常		頸部の所見 なし・斜頸・その他の頸部腫瘍	
顔の所見 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	胸部の所見 1 なし 2 胸部の異常 3 呼吸の異常 4 心雜音 5 不整脈		腹部・腰背部の所見 1 なし 2 脇(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 なし・運動制限・内反足	神経学的異常 なし・モロー反射異常・筋トーヌス異常 1 リスク因子なし 2 股関節開閉制限 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 1 正常 • 2 要精査(精査中 • 精査未) • 3 未 【2要精査の場合】先天性サトウウイルス検査 1 済 • 2 未	先天性代謝異常等検査 結果確認 異常なし • 異常あり		便色カード 番	ビタミンK <sub>2</sub> 投与 できている • できていない

その他の異常			
総合判定 紹介先( )	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)		
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		

**【送付先】****連 絡 票**

※下記の太枠の個人情報について、FAX 送付時は、未記載とし、電話でのやり取りで共有するものとする。

母 氏名	生年月日 年 月 日 ( 歳 )
児 氏名	生年月日 年 月 日 出生体重 g (在胎週数 週 日)
住所	電話番号

**連絡事項** 【産婦健診 ・ 1か月児健診 ・ その他】 受診日： 年 月 日

<u>メンタルヘルスの連絡の目安</u>  アンケート1 合計 9点以上 問10 1点以上 アンケート2 合計 3点以上	※産婦健診以外の場合は、記載不要  アンケート1 合計 点 問10 点 アンケート2 合計 点
<u>母等への説明内容</u>  (1) 情報提供の同意 (2) 専門病院受診の必要性の説明 (3) 専門病院紹介先	有 無 未確認  済 未 不要  医療機関名： 紹介状： 有 無

その他

上記のとおり、連絡します。 年 月 日

機関名 氏 名

所在地 電話番号

時 分頃 お電話します。

時 分頃 お電話ください。

## 標準要綱

# 1か月児健康診査実施要綱

## (目的)

第1条 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)

第2条 都内に居住し、出生後27日を超える、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 1か月児健康診査の実施に当たっては次のとおりとする。

1 1か月児健康診査は、次の医療機関等において実施する。

- (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 医療機関等から健康診査への協力又は協力辞退の申出は、次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（第1号様式の1）又は健康診査協力辞退届（第1号様式の2）を、所属する地区医師会を経由して区（市町村）長に提出するものとする。

なお、区（市町村）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（第1号様式の3）又は健康診査契約解除届（第1号様式の4）を、区（市町村）長に提出するものとする。

## (実施方法及び内容)

第4条 実施方法及び内容は次のとおりとする。

1 実施方法

- (1) 区（市町村）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」第2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

実施医療機関は、第2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（市町村）への連絡事項を記入するものとする。

甲票は実施医療機関の控えとして保存する。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。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。

なお、実施医療機関は、受診票の所定欄に医療機関コードを記載するものとする。

## 3 健康診査の内容

(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

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

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。なお、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 実施医療機関と区市町村との連携

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（参考様式）等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（市町村）に送付する等、乳児に関する情報共有を行う。なお、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（市町村）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。

## 1 受診票の交付

乳児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（第3号様式）を提出させ、交付する。

## 2 受診票の再交付

受診票の再交付は、原則行わないものとする。ただし、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（第4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、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 原則、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。）。

### (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とおりとする。

1 医師会加入医療機関

(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（第5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（第6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。

2 医師会非加入医療機関

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。

### (区市町村における健康診査委託料等の審査及び支払)

第9条 区市町村における健康診査委託料等の審査及び支払は次のとおりとする。

1 区（市町村）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（市町村）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。

また、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（市町村）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。また、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（市町村）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（市町村）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。

### (事後措置)

第 10 条 区（市町村）長は、連合会から請求原票を受理したときは、健康診査の実施結果を母子健康管理票に記録するとともに、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（市町村）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の関係団体を通じて、区（市町村）民に対して制度の趣旨の周知を図るものとする。

附 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（市町村）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（参考様式）を添えて、翌月10日までに、区（市町村）長に委託料を請求するものとする。
  - (3) 区（市町村）長は、前項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。

## 共通受診票利用開始日

第4回検討会

### 令和8年10月1日

- 受診票利用の対象は、令和8年10月1日以降に受診した児とする。

※各区市町村が、妊娠届出時等の出産予定日を基に対象者を抽出し、受診票を交付します。

※10月以前に受診した場合、受診票は使用できません。

- 令和8年10月以降に受診した児で、受診票を交付されていない方が受診した場合は、区市町村にお問合せください。

## 対象者

### 生後28日から生後41日まで（出生日を0日目と数えます）

※早産児（37週未満での出生）の場合、修正月齢での受診も可能とする。

※原則、都内に居住する乳児が対象です。

受診票の住所欄や、乳児のマイナ保険証等で確認をお願いします。

## 公費負担単価・回数

### 1回当たり6,000円・1回まで公費負担

- 受診票に記載する健診項目については、公費負担単価の範囲内で実施するものとする。

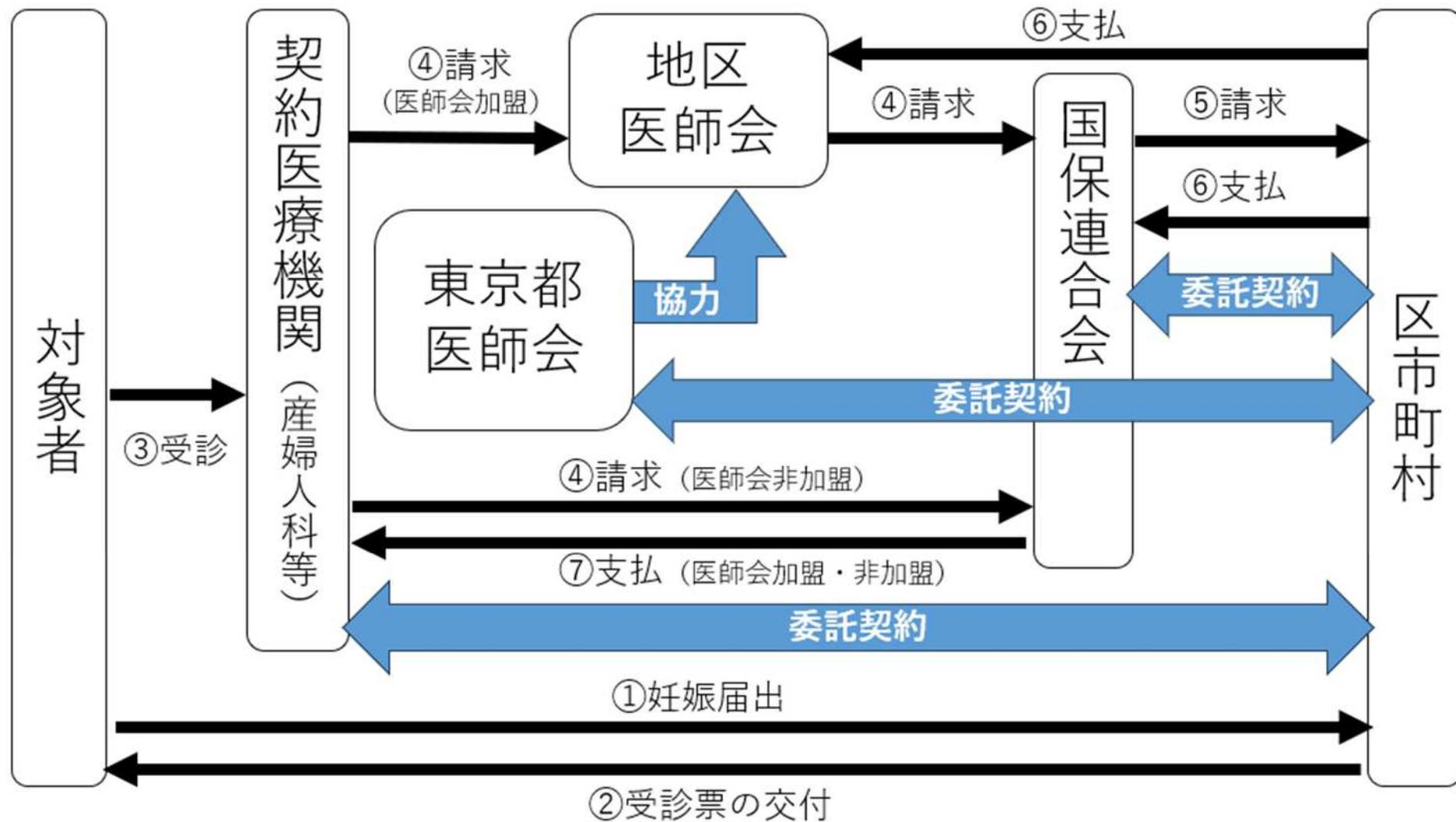
※公費負担単価よりも高い金額で実施する場合は、受診票に記載のある項目以上の健診を実施するため等、保護者への事前説明をお願いします。

## 実施フロー

妊婦健診と同様に、以下の図のとおり実施する。また、開始前には下記のとおり契約手続きを行う。

(医師会加盟機関) ①健康診査協力承諾書を地区医師会へ提出 ②都医師会が区市町村代表と契約 ③地区医師会へ毎月10日までに請求

(医師会非加盟機関) ①健康診査協力承諾書を区市町村へ提出 ②医療機関が区市町村代表と契約 ③国保連へ毎月10日までに請求



## 受診票の取扱い

○A4サイズで3枚複写となっている。

1枚目：医療機関控、2枚目：請求原票（国保連・区市町村宛）、3枚目：保護者本人控

※2枚目と3枚目の順番が、妊婦健診・乳幼児健診等とは異なるため要注意

1か月児健診受診票（甲）					
保護者の方へ ◎太字の中は健診表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、都内医療機関で利用できます。					
住所コード			電話		(医療機関用)
住所			年	月	日生（生後 日）
フリガナ	男・女	西暦			
乳児氏名	乳児の被保険者番号 (わがなる場合のみ記入)				
フリガナ					
保護者氏名					
出生時の状況 体重 g	週数	週(か月)			
当時はまるごとの□に○を付けてください。					
(1)母乳をよく飲めますか	はい・いいえ				
(2)牛乳をよく飲めますか	はい・いいえ				
(3)お風呂やお風呂場でよく遊べますか	はい・いいえ				
(4)お風呂をぬるやぬいた時に普段と変わることありますか	いいえ・はい				
(5)おひらき特に柔らかいと感じたことがありますか	いいえ・はい				
(6)すず・黄色・もしも(はず)というリード色の便(便色カードー3番)が描いてありますか	いいえ・はい				
(7)あなたの跡じあとをかきこみますか	はい・いいえ				
(8)握りと足踏みをよくしますか	はい・いいえ				
(9)現在、お子さんの両親は健診をしていますか	なし・あり(既　本) なし・あり(既　本)				
(10)お子さんは、お風呂やお風呂場でよく遊んでいますか	はい・いいえ				
(11)お風呂やお風呂場で、お風呂やお風呂場でよく遊んでいますか	はい・いいえ				
(12)フタバやカッコ、色ごと等から絵を、もしも(絵)に描ましまわし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父さんと一緒に遊ぶ時間がありますか	はい・いいえ・何ともいえない				
(14)あんまりとしないおしゃべりをしますか	はい・いいえ・何ともいえない				
(15)手洗いでついで不衛生な困窮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)手洗いでついで気泡浴(相馬さんやボート)でくられる人はいますか	はい・いいえ				
(17)あまりうとうとう寝ないしらっこ(ぐらう)のように寝こむことがありますか	いいえ・はい				
(18)お父さんのおさかとお母さん(パートナー)は、協力してお仕事・育児をしていますか	どちらかといえどもどちらもそう思う。どちらかといえどもそう思わない。どちらかといえどもそう思わない。				
(19)お子さんが泣かないなどに、どう対応したよかわからなくなつことがありますか	いいえ・はい				
(20)現在のうちの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか	大変や・とりがある・やややや・とりがある・やややや・やややや・大変やしい				
(21)食事が次ぶんや、また、つづき食事にこなづけするところが多くありましたか	いいえ・はい				
(22)離乳食で、離乳食がなかなか、かみ食い・まし食い・離乳食を離しましたか	いいえ・はい				
(23)あなた自身の身体が弱っていることはありますか	いいえ・はい				
(24)あなたは、ときどきご自分の時間を作ることはできていますか	はい・いいえ				
(25)2ヶ月頃からまるごとの予防接種の内容についてご存知ですか	はい・いいえ				

## 保護者が受診前に記入する

※乳児の被保険者番号は、わかる場合のみ記入

※問診項目の解釈は、こども家庭庁「1か月児健康診査マニュアル」参照

受診年月日		西暦 年 月 日		
専門医	科別	体重	頭図	栄養法
内科		E (増加量 E/日)	cm	母乳・人工乳・混合
身体的の免育児異常		外表奇形		姿勢の異常
なし・あり( )	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・黄疸・血管瘤・色素異常、その他	なし・頭頸部・頭顔膨大・小頭症・結合膜炎	なし・頭頸部	なし・頭頸部・その他の頭頸部腫瘍	
眼の所見		胸部の所見		腹部の所見
特徴的な顔貌 なし・あり	角膜混濁・眼瞼の異常等	なし 2 腹部の異常	なし 2 胸肉(肉芽・ヘルニア)	
口 なし・口唇裂・口蓋裂	3 呼吸の異常	3 腹部腫瘍	3 亜急性腫瘍	
耳 なし・小耳症・副耳等	4 心音聴取 5 不整脈	4 心音聴取	5 仙骨部の異常	
四肢の所見		神経学的異常		免育性四肢筋形形成不全リスク因子
なし・運動制限・内反足	なし・モロ反射異常・筋トースス異常	1 リスク因子なし 2 四肢筋腱反射異常	3 大腿/そいげ皮膚溝の非対称・家族歴・女児・骨盤位分岐	
新生児聽覚検査		先天性代謝異常等検査		ピタミンK:投与
1 正常・2 緊検中(左:右)・3 未	4+ige的検査 1 汰・2 未	結果確認	結果確認	
骨育環境等の所見		心配事		できている・できていない
なし・保護者の心身状態( )	なし・あり( )	なし・あり( )	良	要指導
その他( )				
その他の異常				
紹介料				
紹介料	1 常異なし	2 医療機関	3 美経観察	4 要紹介(要精密)
紹介料	5 要紹介(要治療)			
今後の指導と連絡事項				
1 当院で行う	( 保健指導	・ 家庭指導	・ 経過観察	・ 治療
2 区町村で行う	( 保健指導	・ 家庭指導	・ 経過観察	・ 他機関紹介)
3 他機関連絡中	( 保健指導	・ 家庭指導	・ 経過観察	・ 精査検査・治療機関紹介)
1か月児健診検査の結果は上記のとおりです。				
所 在 地	西暦 年 月 日			
医療機関名	医療機関コード			
医 師 名				

#### 医療機関が受診時に記入する

※各項目の詳細な記入方法は、次ページ以降に記載

※項目はこども家庭庁「1か月児健康診査マニュアル」に基づく

上記受診年月日と同じ日付を記入する

## 受診票の各項目の記載方法

※具体的な実施方法は、[こども家庭庁「1か月児健康診査マニュアル」](#)参照

項目	記載方法
受診年月日	受診年月日を <b>西暦</b> で記載
身長	<b>小数第1位まで</b> 記載（1mm単位まで計測）
体重	<b>10g単位以内での記載</b> が望ましい 増加量は、退院時の体重から1日あたりの体重増加を計算し記載
頭囲	<b>小数第1位まで</b> 記載（1mm単位まで計測）
栄養法	いずれかに○をつける
身体的発育異常	
外表奇形	いずれかに○をつけ、「あり」の場合はカッコ内または下欄「その他の異常」に詳細を記載
姿勢の異常	
皮膚の所見	
頭部の所見	該当するものに○をつける
頸部の所見	
顔の所見	1～4の各項目について、該当するものに○をつける
胸部の所見	該当するものに○をつける
腹部・腰背部の所見	該当するものに○をつける

## 受診票の各項目の記載方法（続き）

※具体的な実施方法は、[こども家庭庁「1か月児健康診査マニュアル」](#)参照

項目	記載方法
四肢の所見	該当するものに○をつける
神経学的異常	
発育性股関節形成不全 リスク因子	該当するものに○をつける ※2に○、または3のうち2項目以上に○の場合、精密検査を受けること推奨
新生児聴覚検査	結果がパスの場合は1、リファーの場合は2に○をつける <b>要精密検査で精密検査が未だの場合</b> は、精査未に○をつけ、精査医療機関に予約できていない場合は <b>都HP掲載「精密聴力検査実施医療機関リスト」</b> から医療機関を紹介し、区市町村に「連絡票」を送付 <b>実施していない場合</b> は3に○をつけ、 <b>都HP掲載「他の施設で生まれた児の新生児聴覚検査を実施している医療機関リスト」</b> を参考に、検査可能な医療機関を紹介し、区市町村に「連絡票」を送付 <b>※いずれにも○がないと、返戻処理になりますのでご注意ください。</b>  <b>【2に○をつけた場合のみ】</b> 先天性サイトメガロウイルス検査の1・2いずれかに○をつける <b>確認検査リファーでサイトメガロウイルス検査を実施していない場合</b> 、精密聴力検査医療機関に確実に伝えるよう保護者に説明すると共に区市町村に「連絡票」を送付 ※上記のリストは、東京都福祉局HP「赤ちゃんの耳のきこえについて」に掲載
先天性代謝異常等検査 結果確認	<b>【出産した医療機関で1か月児健診を実施する場合】</b> ・結果を説明し、いずれかに○をつける ※結果は母子健康手帳に貼るよう伝える ・「異常あり」の場合は、受診状況を確認の上、下欄「その他の異常」に詳細を記載  <b>【出産した医療機関以外で1か月児健診を実施する場合】</b> ・母子健康手帳等で結果を確認し、いずれかに○をつける ・「異常あり」の場合は、受診状況を確認の上、下欄「その他の異常」に詳細を記載 ・結果を確認できない場合は、いずれにも○をつけず、「その他の異常」欄にその旨を記載

## 受診票の各項目の記載方法（続き）

※具体的な実施方法は、[こども家庭庁「1か月児健康診査マニュアル」](#)参照

項目	記載方法
便色カード	問診または肉眼で便色を確認、1～7番のいずれかを記載
ビタミンK <sub>2</sub> 投与	内服状況を確認し、いずれかに○をつける ※必要に応じて、その後の内服予定の確認（3ヶ月法）や投与を行う ※追加投与の金額は、1か月児健診の公費負担単価に含まない

## 子育て支援（区市町村でのフォロー）の必要性の判定のため、以下3つの項目を確認

育児環境等の所見	<b>保護者記載欄の(9)～(24)の内容等を踏まえ、</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>特に気になることがない場合は、「なし」に○をつける</li> <li>気になることがある場合は、「保護者の心身状態」または「その他」欄に○をつけ、カッコ内または下欄「他の異常」に詳細を記載</li> </ul>
心配事	<b>保護者に心配事があるか直接確認する</b> いずれかに○をつけ、「あり」の場合はカッコ内または下欄「他の異常」に詳細を記載
栄養	<b>産後の体の回復のために食事摂取ができているか等、母親の栄養状態を確認する</b> いずれかに○をつける
その他の異常	上欄の項目以外で気になること、上欄のカッコ内に書ききれないこと等を記載

## 受診票の各項目の記載方法（続き）

※具体的な実施方法は、[こども家庭庁「1か月児健康診査マニュアル」](#)参照

項目	記載方法
総合判定	<p>いずれかに○をつける          別の医療機関を紹介した場合は、カッコ内に医療機関名を記載する  <u>精密検査が必要な場合</u>（4・5に○をつけた場合）は、<u>区市町村で「精密健康診査受診票」を発行するため、区市町村に連絡する</u></p>
今後の指導と区市町村への連絡事項	<p>いずれかに○をつける          3 「他機関管理中」のカッコ内は、他機関で管理中の内容や他機関の名称を記載する</p> <p><u>区市町村に引継ぎが必要な場合は、「区市町村で行う」に○をつけ、医療機関から区市町村に連絡する</u> ※詳細は次ページに掲載</p> <p><b>区市町村に引継ぎが必要な場合の例</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>精密検査が必要な場合</u></li> <li>・<u>生後1か月までにかかっていた医療機関へ連絡した場合や専門医療機関等を紹介した場合</u></li> <li>・<u>子育て支援が必要な場合</u> 育児環境、保護者の心身の状態等が気がかりな場合</li> <li>・<u>虐待（身体的虐待・ネグレクト）の可能性が疑われた場合</u></li> </ul>

## 区市町村・専門医療機関等との連携

- 区市町村や専門医療機関等への引継ぎが必要な場合や身体的な精密検査が必要な場合は、「連絡票」を活用する。
- 区市町村へ引き継ぐことについては、出来るだけ母等の同意をとり、同意しない場合は、その理由を聞き取る。
- 個人情報の観点から、「連絡票」の氏名等の欄は空欄のままFAX等で送付し、電話で氏名等を伝えることを原則とする。  
複数枚送付する場合は、氏名欄にイニシャルを記載する等、対象者の誤りがないように注意する。  
※区市町村の連絡先（担当部署名・電話番号・FAX番号等）一覧は、都福祉局HPに掲載している。  
(リンク)
- 区市町村への引継ぎが必要な例は、以下とする。
  - ・精密検査が必要な場合
    - 「精密健康診査受診票」の発行が必要な場合  
新生児聴覚検査や先天性代謝異常等検査の要精密で未受診の場合
    - ・生後1か月までにかかっていた医療機関へ連絡した場合や専門医療機関等を紹介した場合
  - ・子育て支援が必要な場合
    - 保護者記載欄の(9)～(24)の内容を踏まえ、育児環境、保護者的心身の状態等が気がかりな場合  
特に、経済困窮、ひとり親、家庭内不和、気軽に相談できる人が不在、保護者のメンタルヘルスに課題があるなど
  - ・虐待（身体的虐待・ネグレクト）の可能性が疑われた場合
    - 説明のつかない体重減少（発育曲線から大きく外れた体重増加不良）  
からだや衣類の汚れ、不自然なあざや外傷痕、保護者の言動 など

## 連絡票及び記載例

【送付先】		(案) (東京都共通様式)																						
連絡票																								
※下記の太枠の個人情報について、FAX送付時は、未記載とし、電話でのやり取りで共有するものとする。																								
母 氏名	生年月日 年 月 日(歳)																							
児 氏名	生年月日 年 月 日	出生体重 g (在胎週数 週 日)																						
住所	電話番号																							
連絡事項 (受診日: 年 月 日)																								
<p><b>メンタルヘルスの実績の目安</b></p> <table border="1"> <tr> <td>アンケート1 合計9点以上</td> <td>アンケート1 合計 点</td> </tr> <tr> <td>問10 1点以上</td> <td>問10 点</td> </tr> <tr> <td>アンケート2 合計3点以上</td> <td>アンケート2 合計 点</td> </tr> </table> <p><b>母等への説明内容</b></p> <table border="1"> <tr> <td>(1) 情報提供の同意</td> <td>有</td> <td>無</td> <td>未確認</td> </tr> <tr> <td>(2) 専門病院受診の必要性の説明</td> <td>済</td> <td>未</td> <td>不要</td> </tr> <tr> <td>(3) 専門病院紹介先</td> <td colspan="3">医療機関名: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>紹介状:</td> <td>有</td> <td>無</td> <td></td> </tr> </table> <p>その他</p>			アンケート1 合計9点以上	アンケート1 合計 点	問10 1点以上	問10 点	アンケート2 合計3点以上	アンケート2 合計 点	(1) 情報提供の同意	有	無	未確認	(2) 専門病院受診の必要性の説明	済	未	不要	(3) 専門病院紹介先	医療機関名: <input type="text"/>			紹介状:	有	無	
アンケート1 合計9点以上	アンケート1 合計 点																							
問10 1点以上	問10 点																							
アンケート2 合計3点以上	アンケート2 合計 点																							
(1) 情報提供の同意	有	無	未確認																					
(2) 専門病院受診の必要性の説明	済	未	不要																					
(3) 専門病院紹介先	医療機関名: <input type="text"/>																							
紹介状:	有	無																						
上記のとおり、連絡します。 年 月 日																								
機関名	氏名																							
所在地	電話番号																							
□ 時 分頃 お電話します。																								
□ 時 分頃 お電話ください。																								

【送付先】 A区Wセンター母子保健係		(案) 記入例																						
連絡票																								
※下記の太枠の個人情報について、FAX送付時は、未記載とし、電話でのやり取りで共有するものとする。																								
母 氏名 K.K.	生年月日 年 月 日(歳)																							
児 氏名	月 日	在胎週数 週 日																						
住所																								
<p><b>電話にて伝える</b></p> <p>※対象者の誤りがないよう、 氏名欄にイニシャルなどを記載</p> <p>連絡事項 (受診日: 年 月 日)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>夜中の授乳頻度が高く、眠れていらない。昼寝もできていない。</li> <li>子供をかわいく思えないと嘆する。</li> <li>実家の母は他界して、身边に相談できる人がいない。夫は在宅勤務だが多忙。</li> </ul> <p><b>メンタルヘルスの実績の目安</b></p> <table border="1"> <tr> <td>アンケート1 合計9点以上</td> <td>アンケート1 合計 20 点</td> </tr> <tr> <td>問10 1点以上</td> <td>問10 2 点</td> </tr> <tr> <td>アンケート2 合計3点以上</td> <td>アンケート2 合計 10 点</td> </tr> </table> <p><b>母等への説明内容</b></p> <table border="1"> <tr> <td>(1) 情報提供の同意</td> <td>有</td> <td>無</td> <td>未確認</td> </tr> <tr> <td>(2) 専門病院受診の必要性の説明</td> <td>済</td> <td>未</td> <td>不要</td> </tr> <tr> <td>(3) 専門病院紹介先</td> <td colspan="3">医療機関名: <input checked="" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>紹介状:</td> <td>有</td> <td>無</td> <td></td> </tr> </table> <p>その他</p> <p>メンタルクリニックの提案はしましたが、授乳中で薬への心配があり、 メンタルクリニックへの受診に抵抗があるようです。</p> <p>上記のとおり、連絡します。 2026年 5月 26日</p> <p>機関名 都庁レディースクリニック 氏名 新宿 はなこ</p> <p>所在地 新宿区西新宿2-8-1 電話番号 03-5320-×○△□</p> <p>□ 13時30分頃 お電話します。</p> <p>□ 時 分頃 お電話ください。</p>			アンケート1 合計9点以上	アンケート1 合計 20 点	問10 1点以上	問10 2 点	アンケート2 合計3点以上	アンケート2 合計 10 点	(1) 情報提供の同意	有	無	未確認	(2) 専門病院受診の必要性の説明	済	未	不要	(3) 専門病院紹介先	医療機関名: <input checked="" type="text"/>			紹介状:	有	無	
アンケート1 合計9点以上	アンケート1 合計 20 点																							
問10 1点以上	問10 2 点																							
アンケート2 合計3点以上	アンケート2 合計 10 点																							
(1) 情報提供の同意	有	無	未確認																					
(2) 専門病院受診の必要性の説明	済	未	不要																					
(3) 専門病院紹介先	医療機関名: <input checked="" type="text"/>																							
紹介状:	有	無																						

## FAQ

項目	質問	回答
対象者	生後41日を超えて、受診票は使用可能か。	生後41日までを原則としますが、各区市町村にご相談ください。ただし、早産児（37週未満での出生）の場合、修正月齢での受診も可能としますので、ご注意ください。 <u>※各区市町村にご相談の上で使用可能となった場合や、修正月齢で受診する場合には、国保連への請求原票に付箋を貼り、その旨をご記載ください。</u>
対象者	10月以降に受診した児が、受診票なしで受診した場合の対応はどうなるか。	保護者または医療機関から区市町村にご連絡の上、受診票を区市町村からお受け取りください。ただし、令和8年度末までの経過措置として、区市町村により償還払いが可能な場合もございますので、各区市町村の窓口にお問合せください。
請求事務	誤って請求原票を保護者に渡してしまった場合、国保連への請求はどのように対応すればよいか。	医療機関控えの写しを国保連へご送付ください。 <u>※受診票発行地の区市町村に事前に連絡し、連絡日と担当者〇〇様了承済といった旨を記載した付箋を受診票に貼った上で、送付をお願いします。</u> ※本人控えの写しでは請求できない可能性があるため、ご注意ください。
受診票の運用	都内で転居した場合でも、転居前の自治体で交付された受診票を使用できるか。	都内転居の場合は、妊婦健診と同様、転居前自治体で交付された受診票を使用できます。
区市町村との連携	区市町村に引き継いだ後、区市町村ではどのような支援を行うのか。	家庭訪問・架電等によるフォローや、区市町村事業（産後ケア、家事育児ヘルパーの派遣等）の紹介、精神科医療機関への繋ぎ等、ご家庭の状況に応じた支援を行います。

## 参考リンク

○ 東京都HP「1か月児健康診査」

(リンク)

区市町村の連絡先一覧はこちらに掲載されています。

○ こども家庭庁「1か月児健康診査マニュアル」

[https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic\\_page/field\\_ref\\_resources/d4a9b67b-acbd-4e2a-a27a-7e8f2d6106dd/d1e17788/20250107\\_policies\\_boshihoken\\_tsuuchi\\_2024\\_113.pdf](https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/d4a9b67b-acbd-4e2a-a27a-7e8f2d6106dd/d1e17788/20250107_policies_boshihoken_tsuuchi_2024_113.pdf)

具体的な健診の実施方法や注意すべき点について、本マニュアルをご参照ください。

○ 東京都HP「赤ちゃんの耳のきこえについて」

[https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/shussan/kenkou/baby\\_ear](https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/shussan/kenkou/baby_ear)

「都内の先天性サイトメガロウイルス感染症に係る検査実施医療機関リスト」や  
「他の施設で生まれた児の新生児聴覚検査を実施している医療機関リスト」や  
「精密聴力検査実施医療機関リスト」はこちらに掲載されています。

○ 東京都HP「先天性代謝異常等検査について」

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/shussan/taisyajou/>

都が公費負担で実施している26疾患の項目については、こちらをご参照ください。

## 医療機関向け周知等

- 健診を実施する医療機関に対して、事務手引きを送付
- 健診実施対象施設（医療機関）向けの研修を実施

### 研修内容（案）

共通受診方式導入（令和8年10月）に当たり、1か月児健診の意義や具体的な内容の理解促進を目指す

- 1か月児健診の項目について
- 保護者の健康状態の理解について
- 情報連絡票の活用方法について
- 精神科医療機関・行政等の連携について など

## 都民向け周知等

- チラシ、東京都ホームページ、各区市町村ホームページ等により、制度開始について周知

スケジュール (予定)	令和7年度				令和8年度				10月
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
医療機関向け			研修内容等調整		研修実施（対面+オンデマンド配信）				新制度 開始 (10/1)
都民向け				チラシ・ホームページ等による周知					

## 別添 18

## 1か月児及び5歳児健康診査支援事業

## 第1 総則的事項

## 1 事業目的

乳幼児健康診査については、母子保健法により、市町村において1歳6か月児及び3歳児に対する健康診査の実施が義務付けられている。また、3から6か月頃及び9から11か月頃の健康診査についても、多くの自治体で実施されている状況となっている。こうした中で、新たに1か月児及び5歳児に対する健康診査の費用を助成することにより、出生後から就学前までの切れ目のない健康診査の実施体制を整備する。

## 2 実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。）とする。

## 3 健康診査の種類

健康診査の種類は、1か月児健康診査及び5歳児健康診査とする。

## 4 その他

この実施要綱に定める事項以外の事項については、「乳幼児に対する健康診査の実施について」（平成10年4月8日児発第285号厚生省児童家庭局長通知）の第1に定める総則的事項を参照すること。

## 第2 各論的事項

## 1 1か月児健康診査

## (1) 目的

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。

## (2) 健康診査の種類

健康診査の種類は、一般健康診査（原則、1か月児健康診査を実施する医療機関（以下「実施機関」という。）に委託して行う個別健康診査）とする。

## (3) 健康診査を実施する担当者

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。なお、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。

## (4) 対象者

一般健康診査の対象者は、標準的には、出生後27日を超える生後6週に達しない乳児とする。

## (5) 項目等

一般健康診査の項目は以下のとおりとする。

- ① 身体発育状況
- ② 栄養状態
- ③ 疾病及び異常の有無
- ④ 新生児聴覚検査、先天性代謝異常検査の実施状況の確認

⑤ ビタミンK<sub>2</sub>投与の実施状況の確認及び必要に応じた投与

⑥ 育児上問題となる事項

(6) 留意事項

ア 1か月児健康診査の結果を実施機関から市町村に速やかに報告されるよう連携体制を整備するなど、実施機関との連携を密に行うとともに、健康診査の結果等の情報の活用などにより妊婦等包括相談支援事業の効果的な実施につなげること。また、健康診査の実施が虐待の予防及び早期発見に資するものであることに留意し、こども家庭センターなどの関係機関とも連携しながら、必要な支援体制の整備を行うこと。実施機関において実施対象者が未受診であることを把握した場合は、速やかに市町村の担当窓口に情報共有することが望ましい。

イ 本事業の実施対象者が居住地以外の実施機関において1か月児健康診査を受診する場合等、1か月児健康診査を実施機関に委託して行うことが困難な場合については、1か月児健康診査の結果が市町村へ速やかに報告されるよう実施機関と連携する場合に限り、1か月児健康診査にかかる費用を実施対象者へ直接助成することを認める。

ウ 1か月児健康診査の実施に当たっては、別に示す1か月児健康診査の問診票及び健康診査票並びに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。

## 2 5歳児健康診査

(1) 目的

幼児期において幼児の言語の理解能力や社会性が高まり、発達障害が認知される時期であり、保健、医療、福祉による対応の有無が、その後の成長・発達に影響を及ぼす時期である5歳児に対して健康診査を行い、こどもの特性を早期に発見し、特性に合わせた適切な支援を行うとともに、生活習慣、その他育児に関する指導を行い、もって幼児の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

(2) 健康診査の種類

健康診査の種類は、一般健康診査（原則、市町村保健センター等において行う集団健康診査）とする。

一般健康診査は、(5)の項目等の確認に加え、必要な児・保護者に対して多職種による専門相談及び健診後カンファレンスを実施すること。

※ 巡回方式や園医方式を組み合わせて実施する場合を含む。なお、その場合であっても、必要な児・保護者に専門相談を提供するとともに、対象となる年齢の幼児全てに健康診査を実施できるよう工夫すること。

(3) 健康診査を実施する担当者

十分な経験を有し、幼児の保健医療に習熟した医師、保健師、管理栄養士、心理相談を担当する者等により実施すること。

(4) 実施対象者

一般健康診査の対象者は、実施年度に満5歳になる幼児とする。標準的には、4歳6か月から5歳6か月となる幼児を対象とする。

(5) 項目等

一般健康診査の項目は以下のとおりとする。

① 身体発育状況

② 栄養状態

③ 精神発達の状況

④ 言語障害の有無

⑤ 育児上問題となる事項(生活習慣の自立、社会性の発達、しつけ、食事、事故等)

⑥ その他の疾病及び異常の有無

(6) 留意事項

ア 健康診査に際して行われる指導においては、家族の育児面での情緒を養い、児童に対する虐待防止等が図られるよう、十分留意した指導を行うものとする。

健康診査の結果、発達障害等（発達障害等の疑いを含む。）と判定された幼児について、就学前までに必要な支援につなげることができるよう、関係部局や都道府県等とも協力しながら、地域における必要な支援体制の整備を行うこと。

イ 5歳児健康診査の実施に当たっては、別に示す5歳児健康診査の問診票及び健康診査票並びにこども家庭科学研究の研究班により作成された5歳児健康診査マニュアルや5歳児健診ポータルを参考とすること。

ウ 5歳児健診の結果、発達障害等を踏まえた支援が必要であると判定（5歳児健診に係る健診後カンファレンス等で総合的な判断に基づいて行われるものであり、専門医療機関等で行われる診断とは異なる。）された児及びその保護者に対して、地域全体で必要な支援を提供するためのフォローアップ体制の整備に努めること。市町村におけるフォローアップ体制の整備にあたっては、「地域障害児支援体制強化事業」（「地域障害児支援体制強化事業の実施について」令和5年6月5日こ支障第8号こども家庭庁支援局長通知）や「地域におけるこどもの発達相談と家族支援の機能強化事業」（「地域におけるこどもの発達相談と家族支援の機能強化事業の実施について」令和6年1月5日こ支障第119号こども家庭庁支援局長通知）などの事業の活用も想定される。

別 表

1 区分	2 種目	3 基準額	4 対象経費	5 補助率
直接補助事業	「1か月児」及び「5歳児」健康診査支援事業	1 1か月児健康診査 6,000円×実施人数  2 5歳児健康診査 5,000円×実施人数	「1か月児」及び「5歳児」健康診査支援事業に必要な報酬、給料及び職員手当等（ただし会計年度任用職員へ支給されるものに限る）、報償費、共済費、謝金、旅費、需用費（消耗品費、食糧費、会議費、印刷製本費、光热水費）、役務費（通信運搬費、手数料）、委託料、備品購入費、使用料及び賃借料、扶助費、負担金、補助金及び交付金	1/2
	新生児マスククリーニング検査に関する実証事業	6,000円×実施人数	新生児マスククリーニング検査に関する実証事業に必要な報酬、給料及び職員手当等（ただし会計年度任用職員へ支給されるものに限る）、報償費、共済費、旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費、光热水費）、役務費（通信運搬費、手数料）、委託料、備品購入費、使用料及び賃借料、扶助費、負担金、補助金及び交付金	1/2
	性と健康の相談センター事業	1 医療機関等に委託するプレコンセプションケアに関する相談支援加算 7,700円（実際の相談費用の7割相当額を上限とする。）×相談件数  2 性と健康の相談支援センターや委託先の医療機関等のオンライン相談の初期設備整備加算  1か所あたり 130,000円	性と健康の相談センター事業に必要な報酬、給料及び職員手当等（ただし会計年度任用職員へ支給されるものに限る）、報償費、共済費、旅費、需用費（消耗品費、食糧費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、広告料）、	1/2

## 1か月児健康診査問診票

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

の出 状生 態時	在胎週数 ( ) 週 出生時体重 ( ) g	
器質的 疾患の 確認	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 大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることありますか。	(はい・いいえ)
	4 お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になりますか。	(いいえ・はい)
	5 からだが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)
	6 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)
発達	7 あなたの顔をじっとみつめることができますか。	(はい・いいえ)
	8 裸にすると手足をよく動かしますか。	(はい・いいえ)
親 (主 な養 育者) や 子 育 て の 状 況	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 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)
	12 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わないよう工夫をしていますか。	(はい・いいえ)
	13 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)
	14 赤ちゃんをいとおしいと感じますか。	(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 (きょうだいがいらっしゃる方へ)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てしま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 物事に対して興味がわからない、あるいは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)
	接種防 疫	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。
健康相談の内容		
指導内容		
特記事項		

## 1か月児健康診査票

受診日 令和 年 月 日

身体測定(生後( )日)					
身長 cm	体重 g (増加量 g/日)	頭囲 cm	栄養法		
			母乳・混合・人工乳		
<b>診察所見</b>	1 身体的発育異常	9 腹部・腰背部			
	2 外表奇形	ア 膽:肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘍 ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常			
	3 姿勢の異常	ア 四肢の運動制限 イ 内反足			
	4 皮膚	ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他	10 神経学的異常		
	5 頭部	ア 頭血腫 イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常	ア モロー反射 イ 筋トーヌス		
	6 顔	ア 特異的顔貌 イ 目:白色瞳孔・角膜混濁・ 眼瞼の異常等 ウ 口:口唇裂・口蓋裂 エ 耳:小耳症・副耳・耳瘻孔等	12 発育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイからオの2項目以上) ア 股関節開排制限 イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ウ 家族歴 エ 女児 オ 骨盤位分娩		
	7 頸部	ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘍	13 その他の異常		
	8 胸部	ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雜音 エ 不整脈	14 新生児聴覚検査 正常・精査中(右・左)・未 15 先天性代謝異常等検査の結果説明 済・未 16 便色カード 番 17 ビタミンK <sub>2</sub> の投与 できている・できていない		
	判定				
	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療)				
	紹介先				
	診査医名				
	育児環境等 ア 母の心身状態 イ その他				
	心配事 無・有( )				
	栄養 良・要指導				
	<b>子育て支援の必要性の判定</b> 1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要( )				
	判定者				
記事(要紹介となった場合の結果等)					