

静医発第1750号
令和7年1月21日

郡市医師会長様

一般社団法人静岡県医師会
会長 加陽直実

1 か月児健康診査の実施意向の委任取りまとめについて（依頼）

平素より、本会事業に格段のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、乳幼児の疾病及び異常について早期に発見し、介入することにより疾病予後の改善が見込まれる1か月児に対して健康診査を行い、適切な指導を行うことで、乳児の健康の保持及び増進を図るため、令和7年4月から県内全市町において、1か月児健康診査が開始される予定です。

この度、1か月児健康診査の実施に係る協定の締結及び医療機関の実施意向の委任取りまとめ等について、静岡県健康福祉部長から別添のとおり依頼がありました。

つきましては、貴職におかれましても本件についてご了知いただきますとともに、貴会会員へ周知いただき、1か月児健康診査業務を受託いただける医療機関の委任取りまとめ等について、ご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

また、本委任に当たっては、各医療機関から別添の様式1によりご提出いただき、貴会にてお取りまとめの上、令和7年3月7日（金）までに本会宛にご提出くださいますよう併せてお願いいたします。（E-mail：ubukata@jim.shizuoka.med.or.jp）

なお、静岡県において、令和6年8月に、乳児健康診査及び産婦健康診査業務を受託している医療機関を対象として1か月児健康診査の実施予定の調査したところではありますが、参考までにその結果を添付いたします。

おって、様式1につきましては、静岡県医師会ウェブサイト「医師のみなさまへー母子保健関連のお知らせ」（<https://www.shizuoka.med.or.jp/doctor/d015>）に掲載いたします。



こ 家 第 8 5 6 号
令 和 7 年 1 月 7 日

一般社団法人静岡県医師会長 様

静岡県健康福祉部長

1 か月児健康診査の実施に係る協定の締結について（依頼）

日頃、本県の母子保健行政に御理解、御協力いただき厚くお礼申し上げます。

さて、乳幼児の疾病及び異常について早期に発見し、介入することにより疾病予後の改善が見込まれる1か月児に対して健康診査を行い、適切な指導を行うことで、乳児の健康の保持及び増進を図るため、令和7年4月から県内全市町において、1か月児健康診査を開始する予定です。

実施方法としては、実施市町から委任を受けた県と貴会会員から委任を受けた貴会との間で協定を締結し、別に定める実施要領に基づき健康診査を行う委託形式による実施を考えております。

つきましては、本事業の実施に向けた貴会との協定締結について御理解をいただきますとともに、貴会会員への御周知及び実施意向の委任取りまとめ等にて御配慮賜りますようお願い申し上げます。

なお、協定書の内容に御了解いただける場合は、同封の協定書に記名押印のうえ、令和7年3月14日までに2部とも御返送くださるようお願いいたします。

担 当 こども未来局こども家庭課
母子保健班

電話番号 054-221-3309

F A X 054-221-3521

1 か月児健康診査に係る協定書

静岡県内の別記の市町（以下「甲」という。）から委任を受けた静岡県（以下「乙」という。）と、会員から委任を受けた一般社団法人静岡県医師会（以下「丙」という。）との間に、丙の会員が所属する病院及び診療所（以下「丁」という。）が1 か月児健康診査（以下「1 か月児健診」という。）を実施することについて、次のとおり協定を締結する。

（業務の委託）

第1条 甲は、1 か月児健診を丁に委託し、丁は乙が定める「1 か月児健康診査実施要領」（以下「要領」という。）に基づき、1 か月児健診を実施するものとする。

（委託料）

第2条 丁が1 か月児健診を実施するために要する費用（実施に要する諸経費を含む。）において、甲が負担する額は、甲が発行する1 か月児健康診査に係る受診票（以下「受診票」という。）1 枚につき、別に甲と丙が協議して定める額とする。ただし、1 か月児健診の内容について、要領に定めるもののほか、甲が独自に追加して実施する場合には、この限りでない。

（事故処理）

第3条 1 か月児健診の実施中に生じた事故については、丁の故意又は重大な過失によるものを除き、甲がその責を負うものとする。

（有効期間）

第4条 この協定の有効期間は、令和7年4月1日から令和8年3月31日までとする。ただし、この期間満了の日の1 か月前までに、乙丙いずれからも相手方に対して文書により異議の申出がないときには、この期間は、更に1年間延長するものとし、その後において、期間が満了したときも同様とする。

（定めのない事項の処理）

第5条 この協定に定めるもののほか必要な事項については、乙丙協議の上決定するものとする。

上記の協定の成立を証するため、本通2通を作成し、乙丙記名押印の上、各自その1通を所持する。

令和7年4月1日

（乙） 静岡市葵区追手町9番6号
静岡県知事 鈴木康友

（丙） 静岡市葵区鷹匠3丁目6番3号
一般社団法人静岡県医師会
会長 加陽直実

別記

保健所	管内市町
賀茂保健所	下田市 東伊豆町 河津町 南伊豆町 松崎町 西伊豆町
熱海保健所	熱海市 伊東市
東部保健所	沼津市 三島市 裾野市 伊豆市 伊豆の国市 函南町 清水町 長泉町
御殿場保健所	御殿場市 小山町
富士保健所	富士宮市 富士市
中部保健所	島田市 焼津市 藤枝市 牧之原市 吉田町 川根本町
西部保健所	磐田市 掛川市 袋井市 御前崎市 菊川市 湖西市 森町
政令市保健所	静岡市 浜松市

1 か月児健康診査実施要領

第1 目的

本事業は、乳児の疾病の早期発見及び適切な保健指導を図るため、1 か月児健康診査に係る協定書（以下「協定書」という。）に基づき、協定を締結した病院、診療所または助産所（以下、「医療機関等」という。）が1 か月児健康診査（以下「1 か月児健診」という。）を実施することにより、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。

第2 事業主体

事業の実施主体は、協定書の別記に掲げる市町（以下「市町」という。）とする。

第3 対象者

1 か月児健診の対象者は、市町の区域に住所を有する概ね出生後 27 日を超え、生後 6 週に達しない乳児とする。

第4 1 か月児健診の実施

- 1 1 か月児健診は、乳児 1 人につき 1 回を限度とする。
- 2 1 か月児健診の内容は、次に掲げる検査及び測定等により行うものとする。
 - (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 2 投与の実施状況の確認及び必要に応じて投与
 - (6) 予防接種指導
 - (7) 育児上問題となる事項
- 3 1 か月児健診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。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。

第5 受診票の交付等

- 1 市町の長は、1 か月児健診を行う旨を明らかにした 1 か月児健康診査受診

票（以下「受診票」という。）を対象者に交付するものとする。なお、受診票は、様式 1 あるいは市町の長が独自に定めるものとする。

- 2 市町の長は、次に掲げる者から 1 か月児健康診査受診票交付（再交付）申請書（様式 2 又は市町の長が独自に定めるもの）の提出があった場合には、その状況を確認の上、受診票を交付するものとする。
 - (1) 他の市町において母子健康手帳の交付をうけた後、当該市町に転入した者
 - (2) 受診票を紛失し、又はき損した者

第 6 市町の長の責務

- 1 市町の長は、受診票を交付するに際して 1 か月児健診の目的、内容及び利用の方法等を十分に説明するものとする。
- 2 市町の長は、1 か月児健診の結果、経過観察、処置又は医療が必要とされた者に対しては、医療機関等の関係機関と緊密な連携を図り、受診者の保護者に対して適切な指示を講ずるよう指導するとともに、保健師等による訪問指導を行う等事後指導の徹底を図るものとする。

第 7 医療機関等の責務

- 1 医療機関等は、1 か月児健診の結果を 1 か月児健康診査票（様式 3 又は市町の長が独自に定めるもの）（以下「健診票」という。）に記入するものとする。
- 2 医療機関等は、1 か月児健診を実施した結果、受診者の保護者に指示する事項があれば速やかに指示するとともに、精密検査並びに治療を要する場合は適切な処置を講ずるほか、必要があれば他の医療機関に紹介するものとする。
- 3 医療機関等は、市町が実施する保健師等による訪問指導等との連携が十分に図れるよう配慮するものとする。

第 8 費用の請求

- 1 医療機関等が 1 か月児健診を実施した場合、これに要した費用の請求は請求書（様式 4 又は市町の長が独自に定めるもの）に受診票及び健診票を添付して、1 か月児健診を実施した日の属する月の翌月の 10 日あるいは市町の長が独自に定める日までに受診票に記載された市町の長に行うものとする。
- 2 市町の長は、医療機関等から費用の請求があった日から 30 日以内に、委託料を支払うものとする。

附 則

この要領は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

様式1 (用紙 日本産業規格 A 6 縦型)

1 か月児健康診査受診票			
乳児氏名			
生年月日	年	月	日生
保護者氏名		電話	
住所			
上記乳児の1か月児健康診査を依頼します。			
市町長			
委託医療機関の長 様			
交付日	年	月	日、受診日
	年	月	日
(実施医療機関名)			

医療機関等へのお願い

この受診票を発行した市町あて費用の請求をしてください。

保護者の方へ

- 1 1か月児健康診査は、お子様に異常がないことを確認するための健康診査です。
- 2 この受診票を委託医療機関等に提出し、1か月児健康診査を受けてください。
- 3 この受診票を医療機関等に提出すると、その費用は公費で負担されます。ただし、公費負担額を超える場合は、自己負担してください。
- 4 この受診票は、本人以外使用できません。
- 5 他の市町へ転出した場合は、転出先で新たに交付を受けてください。

No. _____

様式2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

交 付

1 か月児健康診査受診票 申請書

再交付

年 月 日

市町長 様

住 所
保護者
氏 名

次のとおり、 1 か月児健康診査受診票を 交付
再交付 してください。

記

交付又は再交付の理由	1 転 入	2 紛 失	3 き 損
所持する母子健康手帳	交付市町名		
	交付年月日	年	月 日
備 考			

- (注) 1 該当箇所を○で囲んでください。
2 き損の場合は、その受診票を添付してください。
3 紛失した受診票を発見したときは、必ず返納してください。

1 か 月 児 健 康 診 査 票

整理番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 受診される方は、太枠内の項目を母子健康手帳を参考にして記入してください。

健康診査日	年 月 日	健康診査日の月齢	か月 日	修正月齢	か月 日	
住 所			電話	—		
乳児氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日	第 子	
保護者氏名	(父)	(母)	主に育てている人の続柄	1父 2母 3祖父母 4その他		
生まれた時の体重	g		出生医療機関名			
新生児期の異常	1無 2有(仮死・黄疸(光線療法・交換輸血)・けいれん・哺乳障害・チアノーゼ・保育器収容・その他())		お産の予定日に比べて誕生日は	1早かった 2遅かった	3予定日通り	
					日	

2 身体的所見(該当する異常所見には○印を記載してください。)

身体測定 (生後()日)						
身長		体重		体重増加量		
cm		g		g/日		
				頭囲		
				cm		
栄養		良・要指導				
診 察 所 見	1 身体的発育異常		9 腹部・腰背部	ア 臍：肉芽・ヘルニア		
	2 外表奇形			イ 腹部腫瘍		
	3 姿勢の異常			ウ そけいヘルニア		
	4 皮膚	ア 黄疸		10 外陰部の異常	エ 仙骨部の異常	
		イ 血管腫				
		ウ 色素異常				
		エ 湿疹				
	5 頭部	オ その他()		11 四肢	ア 四肢の運動制限	
		ア 頭血腫			イ 内反足	
		イ 頭囲拡大			ア モロー反射	
		ウ 小頭症			イ 筋トーンス	
	6 顔	エ 縫合異常		12 神経学的異常	ア 股関節開排制限	
		オ 頭部の変形(向き癖)			イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称	
		ア 特異的顔貌			ウ 家族歴	
		イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等			エ 女兒	
	7 頸部	ウ 口：口唇裂・口蓋裂		13 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)	オ 骨盤位分娩	
		エ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等				
		ア 斜頸				
8 胸部	イ その他の頸部腫瘍		14 その他の異常及び所見			
	ア 胸部の異常			15 新生児聴覚検査		
	イ 呼吸の異常			正常・精査中(右・左)・未実施・未記入		
	ウ 心雑音			16 先天性代謝異常等検査の結果説明		
エ 不整脈		17 便色カード		済 ・ 未		
		18 ビタミンK2の投与		番		
				13回 ・ 3回 ・ 未投与		
育児環境等		ア 問題なし イ 問題あり(母の心身状態、家庭状況、その他())				
予防接種指導		実施済・未実施				
子に関する心配事		無・有()				
保護者に関する心配事		無・有(心身の不調、育児能力、親子関係、その他())				

※15~18は母子健康手帳または、保護者への聞き取りにより回答してください。

委託医療機関

実施医師名

- 1 異常なし
- 2 要経過観察(カ月後)
 - 1栄養・身体発育 2精神運動発達 3身体異常所見(当院・他医療機関)
- 3 要精密検査
 - 1栄養・身体発育 2精神運動発達 3身体異常所見(当院・他医療機関)
- 4 要医療(当院・他医療機関)
- 5 医療機関にて観察・治療中(当院・他医療機関)
- 6 要支援、指導(保健センター)

※該当に○をし、この欄の内容は母子健康手帳に記入してください。

様式4 (用紙 日本産業規格A4縦型)

請 求 書
金 円也
(うち消費税 円)

ただし、1か月児健康診査費として上記の金額を請求します。
(内 訳)

区 分	件 数	単 価	金 額
1か月児健康診査費	件	円	円
合 計			

年 月 日

市町長 様

所 在 地

名 称

管 理 者

登 録 番 号

口座振替先 金融機関名	金融機関名		口座種別	普通・当座・別段
	支店名		口座番号	
(フリガナ)				
口座名				

(様式 1)

年 月 日

一般社団法人静岡県医師会会長 様

医療機関名

管理者名

1 か月児健康診査業務にかかる委託契約について

私は、静岡県内の各市町が健診費用を公費助成する 1 か月児健康診査業務を受託することを届出いたします。

つきましては、一般社団法人静岡県医師会会長を代理人と定め、市町から委任を受けた静岡県と業務委託契約する権限を委任いたします。

記

医療機関名	
所在地	〒 —
電話番号	
受託年月日	令和 7 年 4 月 1 日