

10か月児健康診査事業実施要綱

(総則)

第1条 母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条の趣旨に基づき、乳児の健全な育成を図ることを目的とし、10か月児健康診査事業（以下「事業」という。）を実施する。

(対象者)

第2条 事業の対象者は、市内に住所を有する、生後10か月から11か月の乳児とする。

(実施機関)

第3条 事業は、市長が医療機関と協議してその実施を委託することにより行う。

(委託業務)

第4条 前条の規定により委託を受けた医療機関（以下「委託医療機関」という。）は、次の業務を行うものとする。

(1) 一般健康診査

(2) 育児指導

(受診手続)

第5条

(1) 該当児には、保護者あて10か月児健康診査受診券兼記録票（第1号様式）を交付し、委託医療機関に提出して受診するものとする。

(2) 該当児が本市に転入したときは、前項の規定に準じて受診券兼記録票を交付するものとする。

(守秘義務)

第6条 委託医療機関は、受診者のプライバシー保護に最大の配慮を払うものとし、診察等により知り得た情報をこの事業の目的以外に利用してはならない。

(健康診査の結果に関する審査)

第7条 市長は、健康診査の結果に関する審査を一般社団法人横須賀市医師会（以下「医師会」という。）に委託して行うものとする。

2 医師会は、毎月、前項に規定する審査の結果を審査報告書（第2号様式）により、市長に報告するものとする。

附 則

この要綱は、平成8年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成9年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成10年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

第1号様式（第5条関係）

10か月児健康診査受診券兼記録票

医師記入欄 受診年月日 年 月 日

住所

様

| | |
|------|--|
| 受診期間 | |
|------|--|

| | |
|-------|-----|
| 受診者氏名 | No. |
| 生年月日 | 性別 |

| | |
|-------|------|
| 保護者氏名 | 電話番号 |
| 住所 | |

| 問診項目 | |
|---------------------------------|--|
| お子さんについて、あてはまるものに○をつけるか、ご記入下さい。 | |
| 1 | 生まれた時の体重 () g 身長 () cm |
| 2 | 今までに何か病気をしましたか。 いいえ・はい () |
| 3 | 支えなくてもお座りができますか。 はい・いいえ |
| 4 | ハイハイをしますか。 はい・いいえ |
| 5 | つかまり立ちをしますか。 はい・いいえ |
| 6 | 指で物をつまみますか。 はい・いいえ |
| 7 | つたい歩きをしますか。 はい・いいえ |
| 8 | 食事を3回食べていますか。 はい・いいえ |
| 9 | 大人の言う簡単な言葉がわかりますか。 はい・いいえ (おいで・だめよ・ちょうだい等) |
| 10 | 歯は何本生えていますか。(上 本・下 本) |
| 11 | 予防接種は受けましたか。() |

10か月児健康診査を受診されるときは、問診項目をご記入のうえ、母子健康手帳・健康保険証・乳医療証をお持ちください。

| 健診項目 | |
|--------------------|---|
| 発育 | 体重 () g 身長 () cm 頭囲 () cm * 必要時のみ測定 胸囲 () cm * 必要時のみ測定 |
| | 良好 肥満 やせ 低身長 その他 () |
| 診 | (視診・触診・聴打診等) |
| | 1 頭頸部 異常なし 所見あり () |
| | 2 目・耳 異常なし 所見あり () |
| | 3 胸部 異常なし 所見あり () |
| | 4 腹部 異常なし 所見あり () |
| | 5 外陰部 異常なし 所見あり () |
| | 6 皮膚 異常なし 所見あり () |
| 療 | 7 発達 異常なし 所見あり () |
| | 健診結果 |
| 果 | 1 異常なし () |
| | 2 要精密検査(所見) () |
| | 3 要治療(所見) () |
| | 4 その他(所見) () |
| 〈健康福祉センターに対する指示事項〉 | |

| |
|-------|
| 医療機関名 |
|-------|

第2号様式（第7条第2項関係）

審 査 報 告 書

年 月 日

（あて先）横須賀市長

所在地

名 称

代表者



10か月児健康診査の結果に関する審査を次のとおり報告いたします。

| 審 査 区 分 | | 審 査 件 数 |
|-----------|-------|---------|
| 10か月児健康診査 | 異常なし | 件 |
| | 要精密検査 | 件 |
| | 要 治 療 | 件 |
| | そ の 他 | 件 |
| 合 計 | | 件 |

備考 氏名を署名した場合は、押印を省略できます。