

## 神戸市母子保健事業検討委員会について

### 1. 目的

神戸市の乳幼児健康診査事業のより円滑な運営のため、「神戸市母子保健事業検討委員会開催要綱」に基づき開催し、行政と医療機関の連絡調整を図りながら、各月齢の健診に応じて使用している手引きおよび健診帳票の改訂を行う。

### 2. 神戸市の乳幼児健康診査の概要

- (1) 母子保健法第 12 条及び第 13 条に基づき、生後 4 か月、9 か月、1 歳 6 か月、3 歳の各時期に健康診査を実施する。9 か月児健康診査のみ委託医療機関で実施しており、その他は各区役所及び支所において集団健診を実施する。
- (2) 4 か月児健康診査では平成 17 年度より B C G 接種を同日実施している。1 歳 6 か月児健康診査では歯科健康診査、3 歳児健康診査では歯科健康診査と視聴覚検査を併せて実施している。なお乳幼児健康診査の結果、指導を要する乳幼児に対しては保健福祉部において指導や助言、経過観察（フォロー健康診査等を実施）を行う。
- (3) 健康診査の結果、一層精密に検査を行う必要のある者に対しては専門医療機関等（児童相談所・総合療育センターを含む）を紹介し、精密検査の実施および適切な指導又は措置を行う。

### 3. 検討項目

- (1) 乳幼児健康診査の手引きの改訂
- (2) 健診帳票の改訂

### 4. 今後の方針とスケジュール

#### 改訂の進め方

- (1) 課題の把握と整理
  - ・委員を対象にアンケートを実施。それぞれの意見を基に改訂を検討すべき項目を決定。
- (2) 委員との個別協議
- (3) 検討委員会の開催（改善案の提示・意見聴取）
  - ・個別協議した内容を踏まえて事務局が改善案を作成。委員会で提示し承認を得る。
  - ・あわせて改善案に対する問題点について意見聴取する。
  - ・以降、改善案提示と個別協議を繰り返し、最終案を固める。

## スケジュール

### 平成30年度

- (1) 第1回検討委員会の開催・・・・・・・・・・・・・・・・平成30年9月20日
- (2) 課題点に関するアンケートの実施・・・・・・・・・・10月12日まで
- (3) 課題点について分野ごとに各委員と個別協議・検討・・・・・・・・10月～12月
- (4) 手引き・健診帳票の改善案作成・・・・・・・・・・10月～12月
- (5) 第2回検討委員会の開催・・・・・・・・・・・・・・・・平成31年1月17日
- (6) 健診帳票の改訂（一部）・・・・・・・・・・・・・・・・平成31年2～3月予定

### 平成31年度

- (1) 検討委員会の開催（2～3回）、各委員との協議・・・・・・・・平成31年6月予定
- (2) 手引きおよび帳票の改訂（完成）・・・・・・・・・・平成31年12月予定

# 1歳6か月児健康診査健診票

16102

下記の要領で記載して下さい。 記入情報は個人が特定されない方法で統計・調査研究等に活用することがあります。

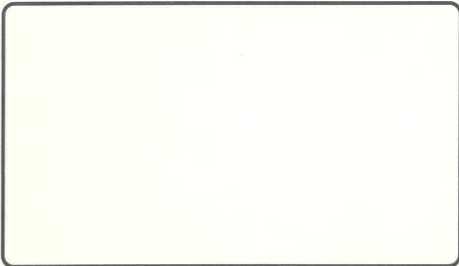
・数字の記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

・□の欄は右詰で、空白欄には0を記入して下さい。 例：0 9

・あてはまる○を全て鉛筆で塗りつぶして下さい。 良い例：● 悪い例：○

・該当欄に記入して下さい。

TEL  E-mail



生年月日(年月日齢) :

性別 :

計測： 体重  g PC  身長  cm PC  カウプ指数  PC   
 頭囲  cm PC  胸囲  cm PC

<b>身体所見：</b> 栄養状態 <input type="radio"/> 肥満気味 <input type="radio"/> やせ気味 顔貌表情 <input type="radio"/> 元気がない <input type="radio"/> 表情に乏しい <input type="radio"/> その他 ( ) 外表形態の異常 <input type="radio"/> 頭頸部 <input type="radio"/> 大泉門 <input type="radio"/> 脊柱 <input type="radio"/> ヘルニア <input type="radio"/> その他 ( ) 皮膚の異常 <input type="radio"/> 湿疹 <input type="radio"/> 血管腫 <input type="radio"/> 母斑 <input type="radio"/> 蒼白 <input type="radio"/> その他 ( ) 胸部腹部 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 心雑音 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 眼の異常 <input type="radio"/> 斜視 <input type="radio"/> 視力 <input type="radio"/> その他 ( ) 耳の異常 <input type="radio"/> 難聴 <input type="radio"/> その他 ( ) 外陰部の異常 <input type="radio"/> 鼠径ヘルニア <input type="radio"/> 陰嚢水腫 <input type="radio"/> 停留精巣 <input type="radio"/> 外性器異常 四肢股関節 <input type="radio"/> 股関節 <input type="radio"/> その他 ( ) <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要継続観察(主治医で) <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要指導 <input type="radio"/> 要継続観察(区役所で) <input type="radio"/> 要医療 <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察(その他) <input type="radio"/> 医療中	<b>神経学的所見：</b> 独立歩行 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 意味のある言葉 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり つまみもち <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 周囲への反応 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 絵本・玩具に反応 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 社会性 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 多動 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 自立性 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 所見の内容 <input type="text"/> 診察医師名 <input type="text"/> <input type="radio"/> 要心理 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要継続観察(主治医で) <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要指導 <input type="radio"/> 要継続観察(区役所で) <input type="radio"/> 要医療 <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察(その他) <input type="radio"/> 医療中
---	---

次回フォロー健診日：西暦20 年 月 日 次回指導予定日：西暦20 年 月 日

育児 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要医療	栄養 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要医療	歯科 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要医療 <input type="radio"/> 医療中	心理 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要医療 <input type="radio"/> 医療中
---	---	---	---

う蝕活動試験  ー  十  十十  十十十 No.

① 歯垢付着状態  なし  あり(1/3以上)

② 歯

右	E D	C B A	A B C	D E	左
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

③ 罹患型  O1型  O2型  A型  B型  C型

④ 軟組織異常  無  小帯  歯肉  その他 ( )

⑤ 咬合異常  無  反対咬合  開咬・指しゃぶり有り  開咬・指しゃぶり無し

⑥ その他  無  有 先天欠如・癒合歯・早期脱落 ( )

生歯数  本  
未処置歯数  本  
処置歯数  本

健全歯	1
う蝕	2
処置歯	3
サホライド処理歯	4
要観察歯(CO・形成不全)	5
シーラント	6
抜去歯	7

注：先天欠如は、枠外に△と記入し枠内は空白とすること。  
癒合歯は枠外に□または□を記入し、遠心の歯の枠は空白、近心の歯の枠に結果を記入すること。

判定  問題なし  要指導  要精密 ( )  
 要指導の内容  口腔清掃  むし歯治療  不正咬合  軟組織疾患  食生活  不正習慣除去

フッ化物塗布 希  無  有  有  
 判定  否  可  
 塗布  無  有  
 歯科医師名



# 3歳児健康診査健診票

30102

下記の要領で記載して下さい。 記入情報は個人が特定されない方法で統計・調査研究等に活用することがあります。

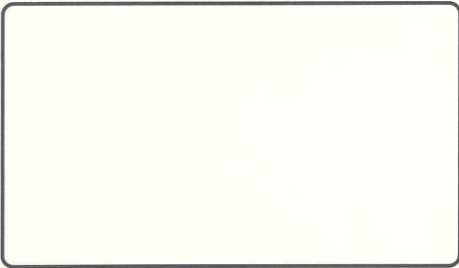
・数字の記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

・□の欄は右詰で、空白欄には0を記入して下さい。 例： 0 9

・あてはまる○を全て鉛筆で塗りつぶして下さい。 良い例： ● ● ● 悪い例： ○ ○ ○

・該当欄に記入して下さい。

TEL  E-mail



生年月日(年月日齢) :

性別 :

計測： 体重  g PC  身長  cm PC  カウプ指数  PC   
 頭囲  cm PC  胸囲  cm PC

身体所見：			神経学的所見：		
栄養状態	<input type="radio"/> 肥満気味	<input type="radio"/> やせ気味	片足立ち	<input type="radio"/> 疑い	<input type="radio"/> あり
顔貌表情	<input type="radio"/> 元気がない	<input type="radio"/> 表情に乏しい	丸などを書く	<input type="radio"/> 疑い	<input type="radio"/> あり
外表形態の異常	<input type="radio"/> 頭頸部	<input type="radio"/> 脊柱	言葉の理解	<input type="radio"/> 疑い	<input type="radio"/> あり
	<input type="radio"/> ヘルニア	<input type="radio"/> その他 ( )	多動	<input type="radio"/> 疑い	<input type="radio"/> あり
皮膚の異常	<input type="radio"/> 湿疹	<input type="radio"/> 血管腫	母斑	所見の内容	
	<input type="radio"/> 蒼白	<input type="radio"/> その他 ( )	その他 ( )		
胸部腹部	<input type="radio"/> 疑い	<input type="radio"/> あり			
心雑音	<input type="radio"/> 疑い	<input type="radio"/> あり			
外陰部の異常	<input type="radio"/> 鼠径ヘルニア	<input type="radio"/> 陰嚢水腫	停留精巣	診察医師名	
	<input type="radio"/> 外性器異常				
四肢	<input type="radio"/> 四肢	尿糖 ( )	再尿糖 ( )	<input type="radio"/> 要心理	
検尿	尿蛋白 <input type="radio"/> ー <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 十 <input type="radio"/> 十十	尿潜血 <input type="radio"/> ー <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 十 <input type="radio"/> 十十	尿蛋白 <input type="radio"/> ー <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 十 <input type="radio"/> 十十	尿潜血 <input type="radio"/> ー <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 十 <input type="radio"/> 十十	
	<input type="radio"/> 異常なし	<input type="radio"/> 要継続観察(主治医で)	<input type="radio"/> 要精密検査	<input type="radio"/> 異常なし	<input type="radio"/> 要継続観察(主治医で)
	<input type="radio"/> 要指導	<input type="radio"/> 要継続観察(区役所で)	<input type="radio"/> 要医療	<input type="radio"/> 要指導	<input type="radio"/> 要継続観察(区役所で)
	<input type="radio"/> 要フォロー健診	<input type="radio"/> 要継続観察(その他)	<input type="radio"/> 医療中	<input type="radio"/> 要フォロー健診	<input type="radio"/> 要継続観察(その他)
				<input type="radio"/> 医療中	<input type="radio"/> 医療中

次回フォロー健診日：西暦 20 年 月 日 次回指導予定日：西暦 20 年 月 日

育児	<input type="radio"/> 異常なし	<input type="radio"/> 要フォロー健診	<input type="radio"/> 要継続観察	<input type="radio"/> 要精密検査	<input type="radio"/> 要医療
栄養	<input type="radio"/> 異常なし	<input type="radio"/> 要フォロー健診	<input type="radio"/> 要継続観察	<input type="radio"/> 要精密検査	<input type="radio"/> 要医療
歯科	<input type="radio"/> 異常なし	<input type="radio"/> 要フォロー健診	<input type="radio"/> 要継続観察	<input type="radio"/> 要精密検査	<input type="radio"/> 要医療
心理	<input type="radio"/> 異常なし	<input type="radio"/> 要フォロー健診	<input type="radio"/> 要継続観察	<input type="radio"/> 要精密検査	<input type="radio"/> 要医療

① 歯垢付着状態  なし  あり (1/3以上) 記号

健全歯	1
う歯	2
処置歯	3
サロライド処理歯	4
要観察歯(CO・形成不全)	5
シーラント	6
抜去歯	7

② 歯

右	E D	C B A	A B C	D E	左
	上				
	下				

③ 罹患型

<input type="radio"/> O型	う蝕がない者	生歯数	<input type="text"/>	本
<input type="radio"/> A型	上顎前歯部のみ、または臼歯部のみとう蝕がある者	未処置歯数	<input type="text"/>	本
<input type="radio"/> B型	上顎前歯部および臼歯部とう蝕がある者	処置歯数	<input type="text"/>	本
<input type="radio"/> C1型	下顎前歯部のみとう蝕がある者			
<input type="radio"/> C2型	下顎前歯部を含む他の部位とう蝕がある者			

注：先天欠如は、枠外に△と記入し枠内は空白とすること。  
癒合歯は枠外に□または□を記入し、遠心の歯の枠は空白、近心の歯の枠に結果を記入すること。

④ 軟組織異常  無  小帯  歯肉  その他 ( )

⑤ 咬合異常  無  反対咬合  開咬・指しゃぶり有り  開咬・指しゃぶり無し

上顎前突  過蓋咬合  そう生  その他 ( )

⑥ その他  無  有 先天欠如・癒合歯 ( )

判定  問題なし  要指導  要精密 ( )

要指導の内容  口腔清掃  むし歯治療  不正咬合  軟組織疾患  食生活  不正習慣除去

フッ化物塗布 希  無 無・否の場合  歯科医院で受けている  受けたことない  1.6のみ

望  有 判定  否  可 可の場合(今回を含めた回数)  1回  2回  3回以上

歯科医師名