

保護者の記入欄	フリガナ 子の氏名			性別	男・女		
	住 所	区			☎	()	
	※市外転出の場合は使用不可						
	生 年 月 日	年	月	日生 ()	か月	子ども医療費助成	有・無
	父 () 歳 ・ 職業 () 母 () 歳 ・ 職業 ()						
	分娩：頭位・骨盤位・その他 () 自然・吸引・鉗子・帝王切開						
	出生時体重： () g ・ 在胎 () 週 ・ こどもの数 () 人目			股関節脱臼の家族歴： なし・あり			
	経過した病気： なし・あり () 奇形： なし・あり ()			(父母・兄弟・祖父母・おじ・おば・いとこ)			
	気になること： ()						
	生まれてから今までに特別な治療を受けましたか(黄疸・低血糖など)： いいえ・はい ()						
乳児健診医記入欄	精密健康診査依頼内容(一般健康診査の結果、精密検査が必要な児童について、依頼内容を記載してください。)						
	令和 年 月 日 医療機関名： (2か月 ・ 4～5か月 ・ 8～9か月) 児健診 担当医師名：						
	疑股関節の異常に記入	1. 身体所見		2. こどもの状況			
		開排制限 (－・＋ 右・左)		女子 (はい・いいえ) 骨盤位分娩 (はい・いいえ)			
		大腿皮溝非対称 (－・＋)		秋冬(9～2月)生まれ (はい・いいえ) 在胎<37週 ・ 出生体重<2,500g			
		Allis徴候 (－・＋)		家族歴 父母・兄弟・祖父母はい・いいえ (はい・いいえ)			
クリック音 (－・＋ 右・左)		おじ・おば・いとこ(はい・いいえ) 合併奇形(斜頸・内) (はい・いいえ)					
大項目 / 4		小項目 / 7					
その他の所見 及び特記事項							
乳児精密健康診査医記入欄	精密健康診査結果						
	①異常なし ②病名 () 要治療 要経過観察 令和 年 月 日 医療機関名： 担当医師名：						

乳児精密健康診査は仙台市内の医療機関で受診してください。

精密健康診査医から健診医(返事用紙)

医療機関名	科	先生	
御紹介ありがとうございました。所見、診断は下記のとおりでした。			
記入欄	フリガナ 子の氏名	男・女	年 月 日生
	臨床所見		
	診 断		
	正常(経過観察不要) 要経過観察 ・ 要治療 紹介 ()		
	診 察 日: 令和 年 月 日	医療機関名： 診察医師名：	

(診療報酬明細書の写し添付欄)

〔乳児精密健康診査医の方へ〕

1. 精密健康診査は、保険適用ですので保険診療となります。
2. 精密健康診査結果については、子ども医療費助成制度適用者分も併せて、仙台市医師会に提出してください。
