

医療機関と母子保健事業の連携について

1歳6か月児及び3歳児集団健診の結果、保健センターから医師へ連絡がある場合、保護者同意の下、保健師や言語聴覚士等が「佐倉市1歳6か月児（3歳児）健康診査受診票」に記載し、医療機関へ連絡を行います。（例1）

また、医師診察の結果、保健センターの相談事業へご紹介頂く場合は、「佐倉市1歳6か月児（3歳児）健康診査受診票」に記載頂きご連絡を頂いております。（例2）なお、結果については、「支援経過・結果報告書」を用いて佐倉市から医療機関へ報告いたします。（例3）

例1 佐倉市1歳6か月児集団健診において、保健センターから医療機関へ連絡する場合

様式第1号		<b>佐倉市1歳6か月児健康診査受診票</b> <b>(満1歳6か月～2歳の誕生日の前日)</b>		<b>1.6歳児</b>	
★受診日に於いて佐倉市民であること				(市提出用)	
保護者記入欄(太枠の中をご記入ください。)					
住所 佐倉市					
フリガナ		生年月日	令和	年	月 日
氏名		電話(携帯)			
今までにかかった大きな病気		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(けいれん・喘息・その他)		
入院・手術をした病気		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )		
現在治療中の病気		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )		
医療機関記入欄			※計測は医師が必要と認めた場合のみ実施します。		
体重	kg	身長	cm	頭囲	cm
診察所見	・診察所見がある場合、関わる項目の数字に○をお願いします。 1. 身体的発育状況 2. 精神発達 3. 熱性けいれん 4. 運動機能 5. 神経系・感覚器系(視覚・聴覚) 6. 血液系 7. 皮膚 8. 循環器系 9. 呼吸器系 10. 消化器系 11. 泌尿生殖器系 12. 先天性の身体的特徴				
判定	<input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 既医療(病名) ) <input type="checkbox"/> 3. 要経過観察(内容) ) <input type="checkbox"/> 4. 要紹介(要精密) *すでに相談中の内容については紹介不要です。 新たな所見が疑われる場合のみご紹介ください。 内容 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児科 その他( ) 紹介先 <input type="checkbox"/> 東邦大学医療センター佐倉病院 <input type="checkbox"/> 聖隷佐倉市民病院 医療機関 <input type="checkbox"/> 成田赤十字病院 <input type="checkbox"/> 日本医科大学北総病院 <input type="checkbox"/> 東京女子医科大学八千代医療センター <input type="checkbox"/> 5. 要紹介(要治療)(病名) )				
母子保健相談事業紹介	*紹介することについて、保護者の同意を得ました→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ① 該当なし <input type="checkbox"/> ② 育児相談・栄養相談 <input type="checkbox"/> ③ ことばと発達の相談 (既に利用中の方は、ご紹介不要です)			相談事項	
受診日		医師署名			
医療機関名					
佐倉市記入欄					
集団健診実施会場及び実施日			宛名番号		
健管・西部・南部 -----年---月---日					
身長体重と比較して、頭囲が3SDを超えており、保護者の方も 心配されていますので高診頂きたくお願い申し上げます。					

例2 医療機関での医師診察からことばと発達の相談事業をご紹介頂く場合

ご紹介頂く事業と保護者の同意について、レ点の記入をお願いいたします。

様式第1号		佐倉市1歳6か月児健康診査受診票 (満1歳6か月～2歳の誕生日の前日)		1.6歳児	
★受診日に於いて佐倉市民であること				(市提出用)	
保護者記入欄(太枠の中をご記入ください。)					
住所 佐倉市					
フリガナ		生年月日	令和	年	月 日
氏名		電話(携帯)			
今までにかかった大きな病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(けいれん・喘息・その他)					
入院・手術をした病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
医療機関記入欄				※ 計測は医師が必要と認めた場合のみ実施します。	
体重	kg	身長	cm	頭囲	cm
診察 所見	・診察所見がある場合、関わる項目の数字に○をお願いします。 1. 身体的発育状況 2. 精神発達 3. 熱性けいれん 4. 運動機能 5. 神経系・感覚器系(視覚・聴覚) 6. 血液系 7. 皮膚 8. 循環器系 9. 呼吸器系 10. 消化器系 11. 泌尿生殖器系 12. 先天性の身体的特徴				
判定	<input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 既医療(病名) ) <input type="checkbox"/> 3. 要経過観察(内容) ) <input type="checkbox"/> 4. 要紹介(要精密) *すでに相談中の内容については紹介不要です。 新たな所見が疑われる場合のみご紹介ください。 内容 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 小児科 その他( ) 紹介先 <input type="checkbox"/> 東邦大学医療センター佐倉病院 <input type="checkbox"/> 聖隷佐倉市民病院 医療機関 <input type="checkbox"/> 成田赤十字病院 <input type="checkbox"/> 日本医科大学北総病院 <input type="checkbox"/> 東京女子医科大学八千代医療センター <input type="checkbox"/> 5. 要紹介(要治療)(病名) )				
母子保健 相談事業 紹介	* 紹介することについて、保護者の同意を得ました → <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ① 該当なし <input type="checkbox"/> ② 育児相談・栄養相談 <input checked="" type="checkbox"/> ③ ことばと発達の相談 (既に利用中の方は、ご紹介不要です)				
受診日	相談事項 1歳11か月 有意語がないため 相談室で要助言				
医療機関名	医師署名				
佐倉市記入欄					
集団健診実施会場及び実施日				宛名番号	
健管・西部・南部				年 月 日	
通信欄					

例3 医療機関から紹介を受けことばと発達の相談室を利用された子どもについて、ことばと発達の相談室から「支援経過・結果報告書」を用いて医療機関へ結果報告する場合

●●小児科クリニック院長○○様

## 支援経過・結果報告書

佐倉市長 西田 三十五

貴機関から 令和5年10月1日にご連絡いただいた児について、現在までに次のとおり支援を行いましたので報告します。

対象児	フリガナ <b>サクラ タロウ</b> <b>佐倉 太郎</b>	令和3年10月1日生
保護者	フリガナ <b>サクラ ハナコ</b> 父・母 ( ) <b>佐倉 花子</b>	フリガナ 父・母 ( )
住所	佐倉市 <b>中志津2丁目32-4</b>	電話番号 <b>090-1234-5678 (母)</b>

保護者への説明	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保護者からの同意	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
---------	--	----------	--

### 【市町村の支援方針】

- 母子保健事業（幼児健診・幼児歯科健診）等で養育状況を確認します。
- 子どもの発達支援のために（**ことばと発達の相談室**・親子教室）継続的に支援します。
- 保護者の身体面・精神面・育児不安の支援を要するため、継続して支援します。
- 関係機関（ ）とともに養育状況の確認を継続します。
- 子どもの発達状況、養育状況を確認した結果、支援を終了します。
- その他 [ ]

### 【問題点及び今後の支援予定】

- ・発達検査の結果、年齢に比し認知面・言語面ともに遅れ、対人面の弱さが認められました。3か月に1度支援し、今後の伸びにより親子教室や療育の検討を行う予定です。
- ・地区担当保健師による電話相談を行い、状況により家庭訪問により支援する予定です。

### 【連絡依頼事項】

--

### 【担当者】

所属名 佐倉市役所健康推進部 母子保健課	担当者（職種）○○（言語聴覚士）
住 所 佐倉市 江原台 2-27	電 話 043-485-6712