

保 護 者 様

上越市 こども家庭センター
区総合事務所市民生活・福祉グループ

3か月児健診についてのお知らせ

市では、お子様の健やかな成長と健康を願い、乳幼児健康診査を実施しています。

令和7年8月以降の3か月児健診を受診する際には、オンライン予約サービス「じょうえつ母子モ」による予約が必要です。

オンライン予約サービスは、裏面の「じょうえつ母子モ」をスマートフォン等にインストールし、お子様の情報を登録した上で、ご利用ください。また、予約日に受診ができなくなった場合も、オンライン予約サービスからの予約変更をお願いします。

健 診 日 原則として「満3か月になった翌月」の健診日を選択し、ご予約ください。

※3か月健診の受診対象期間は、満3か月になった翌月から6か月未満（6か月になる前日まで）の間です。

予約受付期間 • 予約開始日：開催月の3か月前となる月の1日

例：5月健診の場合→2月1日から予約開始

6月健診の場合→3月1日から予約開始

毎月1日情報更新

• 予約締切日：受診を希望する日にちの7日前まで

＜予約の変更・キャンセルの方法＞

• 予約締切日までは、アプリ内にて予約の変更・キャンセルが可能です。

予約締切日を過ぎてからは、下記問合せ先へご連絡ください。

会 場 上越市福祉交流プラザ3階、板倉保健センター、大潟保健センターのいずれか
※同日に複数会場で実施することもあるため、予約時は、必ず会場をご確認ください。

内 容 小児科医師による診察、身体計測および問診・保健指導

持 ち 物 • 母子健康手帳
• バスタオル • 上越市こどもファイル（黄色）
• 3か月児健診問診票（別紙1）

※別紙1については事前にご記入のうえ、当日会場へ持参してください。

そ の 他 健診当日は、裏面の「体調確認チェックリスト」に基づき、健康観察の実施をお願いします。
マスクの着用については、受診者およびスタッフの個人の判断によりますが、
引き続き咳エチケットにご協力ください。

【問合せ先】

上越市役所こども家庭センター 母子保健係 TEL 025-520-5843

または各総合事務所市民生活・福祉グループ

※電話番号は表紙の「問合せ先」をご覧ください。

○オンライン予約サービスで健診の予約や変更をしましょう！



母子手帳アプリ

ご利用はこちらの二次元コードから



Download on the
App Store

GET IT ON
Google Play



妊娠や出産、子育てに関する質問に
お答えする子育て支援 AI チャットボット
サービスを行っています。

乳幼児健康診査の年間予定は
こちらの二次元コードからご確認ください。



✿体調確認チェック✿

お子さん・付き添われる保護者について、下記の項目に当てはまる場合は、感染予防の観点から健診に参加できません。次回以降の日程で健診の予約をしてください。

- 健診当日に発熱（平熱より高い体温あるいは37.5℃以上を目安とする）・せき・鼻水・おう吐・下痢・腹痛・発疹などの症状がある。
- 感染症*の療養期間中である。
- 感染症*による登園自粛期間中である。

※参考「学校保健安全法施行規則」に準じた保育園の登園のめやす

病名	登園停止期間等のめやす
インフルエンザ	発症後5日、かつ、解熱後3日が経過するまで
新型コロナウイルス	発症後5日、かつ、症状が軽快してから1日経過するまで
百日咳	特有の咳が消失するまで、または、抗菌剤による治療が終了するまで
麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	腫れが発現し5日を経過するまで、かつ全身症状が良好になるまで
風疹（三日ばしか）	発疹が消失するまで
水痘（みずぼうそう）	すべての発疹が痂皮（かさぶた）化するまで
咽頭結膜熱（プール熱）	主要症状（発熱・咽頭発赤・目の充血）が消失してから2日を経過するまで
感染性胃腸炎	おう吐、下痢などの症状が治まり、普段の食事がとれるまで
溶連菌感染症	抗菌剤内服後 24～48 時間経過するまで（治療は継続必要）
手足口病・突発性発疹・ヘルパンギーナ	解熱後 1 日以上経過し、口腔内の水泡・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれる
伝染性紅斑（りんご病）	全身状態が良くなるまで
マイコプラズマ感染症	発熱や激しい咳が治まるまで
RSウイルス	呼吸器症状がなくなり、全身状態が良くなるまで
伝染性膿瘍（とびひ）	湿疹が乾燥するか、湿潤液が少なくなりおおわれていること

3か月児健診問診票

記入年月日 年 月 日

別紙1

児の 氏名	ふりがな	男・女 (第 子)	生年月日	令和 (健診当日)	年 月 か月	月 日 生 日

◎日頃のお子さんの様子をお書きください。

日中のお子さんの面倒を見ているのはどなたですか。入園されているお子さんは、()に園名もお書きください。

母・父・祖母・祖父・()園・その他()

- | | | | |
|-------------------------------|-----|-----|---|
| 1 首がすわりましたか | はい | いいえ | 1 |
| 2 あやすとよく笑いますか | はい | いいえ | 2 |
| 3 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか | いいえ | はい | 3 |
| 4 聴こえに関するチェックシートの内容を実施しましたか | はい | いいえ | 4 |

【※当日問診スタッフ記入欄: 項目中()項目】

- | | | | | |
|---|-----|-----------|----------|---|
| 5 目のチェックシートの内容を実施しましたか | はい | いいえ | 5 | |
| (上越市版母子健康手帳 4.聴こえ・目のチェック) ※チェックシートがない方は当日会場でお渡しします。 | | | | |
| 6 外気浴をしていますか | はい | いいえ | させたことがない | 6 |
| 7 今まで何か病気にかかりましたか | いいえ | はい | () | 7 |
| 8 保護者の方の体や気持ちの状態はよろしいですか | はい | どちらともいえない | いいえ | 8 |
| 9 授乳について | | | | 9 |

・0~2か月 (母乳、混合、人工)

・2か月~現在 (母乳、混合、人工) cc × 回)

- | | | | |
|------------------------|----------|-----|----|
| 10 こどもの周囲の人で喫煙する人はいますか | はい (誰:) | いいえ | 10 |
|------------------------|----------|-----|----|

11 お子さんの一日の生活の様子を教えてください。(起きた時間、寝た時間、授乳、様子等)

記入例 ○月×日(土)

4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時	24時
乳 起床	おむつ 交換	外へ お散歩	乳 睡眠	おむつ 交換	乳 睡眠	おむつ 交換	お風呂 乳	おむつ 交換	就寝	乳

記入日 月 日()

4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時	24時

12 相談したいことがありますたらお書きください

<健診当日記入欄> 健診日 年 月 日 (か月 日)

体重	身長	頭囲	1日体重増加量	カウプ指數	やせ傾向15以下 ふつう15~18 肥満傾向18以上	診察所見 開排制限(右・左) 斜 頸(右・左) 湿 痒 心雜音 ヘルニア 停留精巢 視覚障害・聴覚障害 その他 女児骨盤位(有・無)	指示・指導 異常なし 既医療 要観察 要療育支援 要精検(No.) 要医療 保健所療育相談 医師名
g	cm	cm	g				
予防接種開始 未・済							
相談・助言内容							
問診者(/)							

予防接種履歴を確認済(母子健康カードに記入)

裏面あり

このアンケートは、すべての子どもが健やかに育つ社会を目指し計画された「健やか親子21（第2次）」（こども家庭庁）のための調査です。ご協力を願っています。

3か月児健診アンケート

- 1 産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。
はい • いいえ • どちらともいえない
- 2 妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。
なし • あり (1日 本)
- 3 妊娠中、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていましたか。
なし • あり (1日 本)
- 4 現在、お子さんのお母さんは喫煙していますか。
なし • あり (1日 本)
- 5 現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますか。
なし • あり (1日 本)
- 6 妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。
なし • あり
- 7 こども医療電話相談（#8000）を知っていますか。
はい • いいえ
- 8 お子さんのかかりつけの医師はいますか。
はい • いいえ • 何ともいえない
- 9 この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。
そう思う • どちらかといえばそう思う • どちらかといえばそう思わない • そう思わない
- 10 お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。
働いていたことがある • 働いていない
- 11 10で働いていたことがあると回答した方のみお答えください。
妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮されたと思いますか。
はい • いいえ
- 12 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。
知らなかった • 知っていた
- 13 12で知っていたと回答した方のみお答えください。マタニティマークを身につけたりするなどして利用したことがありますか。
利用したことがある • 利用したことない
- 14 お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は、協力し合って家事・育児をしていますか。
そう思う • どちらかと言えばそう思う • どちらかと言えばそう思わない • そう思わない
- 15 あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。
はい • いいえ • 何ともいえない
- 16 あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。
いつも感じる • 時々感じる • 感じない
- 17 16で、「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人のお答えください。
育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。
はい • いいえ
- 18 生後半年から1歳頃までの多くのこどもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか。
はい • いいえ
- 19 この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。
 - (1) しつけのし過ぎがあった
 - (2) 感情的に叩いた
 - (3) 乳幼児だけを家に残して外出した
 - (4) 長時間食事を与えなかった
 - (5) 感情的な言葉で怒鳴った
 - (6) こどもの口をふさいだ
 - (7) こどもを激しく揺さぶった
 - (8) (1)から(7)のいずれも該当しない
- 20 赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること（乳幼児揺さぶられ症候群）を知っていますか。
はい • いいえ
- 21 生後1か月児の栄養法はどうですか。
母乳 • 人工乳 • 混合

ご協力ありがとうございました