

## 1 歳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。

1 歳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」による予約が必ずです。

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。

②  
1 歳

|         |                                                                                                                                                                                                           |  |  |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 健 診 日   | <u>原則として「満 1 歳になった翌月」の健診日を選択し、ご予約ください。</u><br>※1 歳児健診の受診対象期間は、満 1 歳になった翌月から 1 歳 6 か月未満（1 歳 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<br>例：5 月健診の場合→2 月 1 日から予約開始<br>6 月健診の場合→3 月 1 日から予約開始<br>・ 予約締切日：受診を希望する日にちの 7 日前まで<br>＜予約の変更・キャンセルの方法＞<br>・ 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。<br>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、大潟保健センターのいずれか<br>※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     | 歯科医師による診察、身体計測および問診・保健指導、フッ素塗布（希望者のみ）                                                                                                                                                                     |  |  |
| 持 ち 物   | ・ 母子健康手帳 ・ 上越市こどもファイル（黄色） ・ バスタオル<br>・ 1 歳児健診問診票（別紙 1）<br>・ フッ素塗布申込書（下記申込書）・料金 1,000 円（希望者のみ）<br>・ 歯ブラシ（仕上げ磨きで使っているもの）<br>※別紙 1、フッ素塗布申込書は事前にご記入のうえ（申込書は切り取る）、当日会場へ持参してください。<br>※会場に入る前に歯を磨いてからおいでください。    |  |  |
| そ の 他   | 健診当日は、 <u>裏面</u> 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<br>または各総合事務所市民生活・福祉グループ 表紙の「問合せ先」をご覧ください。                                                                                                                           |  |  |

-----（切り取り線）-----

1 歳 ー

健診受診日 令和 年 月 日

## 上越市フッ素塗布申込書

(宛先) 上越市長

フッ素塗布について下記のとおり申し込みます。

フッ素塗布を受ける児の名前

(生年月日 R 年 月 日)

保護者氏名

住所 上越市

電話番号 ( )

○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！

②  
1歳



ご利用はこちらの二次元コードから



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                 |
| 伝染性膿痂疹（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            |

# 1歳児健診問診票

記入年月日

年

月

日

別紙I

|          |      |              |          |     |
|----------|------|--------------|----------|-----|
| 児の<br>氏名 | ふりがな | 男・女<br>(第 子) | 生年月日     | 住所  |
|          |      |              | R 年 月 日生 | 上越市 |

◎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                        | つたい歩きをしますか( 歳 か月頃)                                      | はい ・ いいえ             | 1  |
| 2                        | パイパイ、こんにはなどの身振りをしますか                                    | はい ・ いいえ ・ させたことがない  | 2  |
| 3                        | 家庭でできる耳のきこえと言葉の発達のチェック(母子手帳)を実施しましたか                    | はい ・ いいえ             | 3  |
| 【※当日問診スタッフ記入欄: 項目中( )項目】 |                                                         |                      |    |
| 4                        | 目の健康チェックシート(別紙)の内容を実施しましたか<br>※チェックシートがない方は当日会場でお渡しします。 | はい ・ いいえ             | 4  |
| 5                        | 相手になって遊んであげると喜びますか                                      | はい ・ いいえ             | 5  |
| 6                        | 手づかみ食べをしていますか                                           | はい ・ いいえ ・ させたことがない  | 6  |
| 7                        | 歯の仕上げ磨きはしていますか                                          | はい ・ いいえ             | 7  |
| 8                        | かかりつけの歯科医はありますか                                         | はい ・ いいえ             | 8  |
| 9                        | どんな遊びが好きですか<br>遊びの例                                     |                      | 9  |
| 10                       | 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 | 10 |

11 お子さんの生活リズムを教えてください。(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        |    |              |  |  |  |
|    | 起床<br>離乳食:<br>ごはん、納豆<br>野菜スープ | おむつ<br>交換 | 外へ<br>お散歩 | 間食<br>牛乳<br>100ml<br>、果物 | 離乳食<br>フレンチ<br>トース<br>ト、<br>牛乳<br>100ml | 睡眠  | おむつ<br>交換 | 間食<br>牛乳<br>100ml<br>、果物 | 離乳食<br>ごはん<br>お魚<br>にんじ<br>ん、かぶ | お風呂<br>歯磨き | 就寝 | ミルク<br>200ml |  |  |  |

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 |
|    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |

13 相談したいことがありましたらお書きください

<健診当日記入欄>

健診日

年

月

日

(1歳

か月)

|                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |    |                                   |     |     |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|----|-----------------------------------|-----|-----|
| E                              | D | C | B | A | A | B | C | D | E | う歯<br>(内処置        | 本  | 体 重                               | 身 長 | 肥満度 |
| E                              | D | C | B | A | A | B | C | D | E |                   | 本) | g                                 | cm  |     |
| 軟組織異常 なし・あり<br>歯面状況 良 ・普通・ 要指導 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 不正咬合<br>A B C D E |    | 相談・助言 □ 母の健診受診(有・無)<br><br>問診者( ) |     |     |
| 歯科指示・助言                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   | フッ素塗布 有 ・ 無       |    |                                   |     |     |

□ 予防接種履歴を確認済(母子健康カードに記入)