

令和2年度第1回神戸市歯科口腔保健推進検討会

令和2年7月2日(木)

### 神戸市乳幼児健康診査の手引き・帳票の改訂について

平素は、保健医療福祉行政に格別のご理解、ご協力を賜り厚くお礼申しあげます。

神戸市では平成30年度より、乳幼児健康診査事業の質の向上を目的として母子保健事業検討委員会を設置し、乳幼児健康診査事業の手引き及び帳票の改訂を検討してまいりました。令和2年4月より、改訂された手引き及び帳票で乳幼児健診を実施します。

この度、歯科診療に係る下記の帳票においても改訂を行うため、変更点についてお知らせいたします。改訂の趣旨をご理解いただき、今後とも事業の円滑な運営にご協力いただけますと幸いです。

### 記

#### 1. 健診帳票（カルテ）の主な改訂内容

- ・1歳6か月児健康診査健診票
- ・1歳6か月児健康診査問診票②
- ・3歳児健康診査健診票
- ・3歳児健康診査問診票②<一般>

#### 2. 改訂時期

令和2年4月から改訂版を使用

以上

# 1歳6か月児健康診査健診票

16103

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 0123456789

・の欄は右詰で、空白欄には0を記入して下さい。 例：09

・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   
 頭囲      cm PC  胸囲      cm PC

肥満度  1：ふとりすぎ 4：ふつう  
 2：ややふとりすぎ 5：やせ  
 3：ふとりすぎみ 6：やせすぎ

身体所見：				神経学的所見：					
栄養状態	<input type="checkbox"/> 1 肥満気味	<input type="checkbox"/> 2 やせ気味		独立歩行	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり	意味のある言葉	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり
顔貌表情	<input type="checkbox"/> 1 元気がない	<input type="checkbox"/> 2 表情に乏しい	<input type="checkbox"/> 3 その他 ( )	つまみもち	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり	周囲への反応	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり
外表形態の異常	<input type="checkbox"/> 1 頭頸部	<input type="checkbox"/> 2 大泉門	<input type="checkbox"/> 3 脊柱	絵本・玩具に反応	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり	社会性	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり
	<input type="checkbox"/> 4 ヘルニア		<input type="checkbox"/> 5 その他 ( )	多動	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり	自立性	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり
皮膚の異常	<input type="checkbox"/> 1 湿疹	<input type="checkbox"/> 2 血管腫	<input type="checkbox"/> 3 母斑	所見の内容					
	<input type="checkbox"/> 4 蒼白		<input type="checkbox"/> 5 その他 ( )						
胸部腹部	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり							
心雑音	<input type="checkbox"/> 1 疑い	<input type="checkbox"/> 2 あり							
眼の異常	<input type="checkbox"/> 1 斜視	<input type="checkbox"/> 2 視力	<input type="checkbox"/> 3 その他 ( )						
耳の異常	<input type="checkbox"/> 1 難聴		<input type="checkbox"/> 2 その他 ( )						
外陰部の異常	<input type="checkbox"/> 1 鼠径ヘルニア	<input type="checkbox"/> 2 陰嚢水腫	<input type="checkbox"/> 3 停留精巣						
	<input type="checkbox"/> 4 外性器異常								
四肢関節	<input type="checkbox"/> 1 股関節		<input type="checkbox"/> 2 その他 ( )						
	<input type="checkbox"/> 3 異常なし	<input type="checkbox"/> 4 要継続観察(主治医で)	<input type="checkbox"/> 5 要精密検査						
	<input type="checkbox"/> 6 要指導	<input type="checkbox"/> 7 要継続観察(区役所で)	<input type="checkbox"/> 8 要医療						
	<input type="checkbox"/> 9 要フォロー健診	<input type="checkbox"/> 10 要継続観察(その他)	<input type="checkbox"/> 11 医療中						
			<input type="checkbox"/> 12 要心理						
			<input type="checkbox"/> 13 異常なし						
			<input type="checkbox"/> 14 要指導						
			<input type="checkbox"/> 15 要フォロー健診						
			<input type="checkbox"/> 16 要継続観察(主治医で)						
			<input type="checkbox"/> 17 要継続観察(区役所で)						
			<input type="checkbox"/> 18 要精密検査						
			<input type="checkbox"/> 19 要医療						
			<input type="checkbox"/> 20 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="checkbox"/> 0 異常なし <input type="checkbox"/> 2 要フォロー健診 <input type="checkbox"/> 6 要継続観察 <input type="checkbox"/> 8 要精密検査 <input type="checkbox"/> 11 要医療	栄養	<input type="checkbox"/> 0 異常なし <input type="checkbox"/> 2 要フォロー健診 <input type="checkbox"/> 6 要継続観察	歯科	<input checked="" type="checkbox"/> 5 指導済み	心理	<input type="checkbox"/> 0 異常なし <input type="checkbox"/> 2 要フォロー健診 <input type="checkbox"/> 6 要継続観察 <input type="checkbox"/> 8 要精密検査 <input type="checkbox"/> 11 要医療 <input type="checkbox"/> 12 医療中
----	--	----	---	----	--	----	---

う蝕活動試験 0 ー 2 十 3 十十 4 十十十 No.

① 歯垢付着状態 0 なし 1 あり(1/3以上)

② 歯

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

③ 罹患型

<input type="checkbox"/> 2 O1型	う蝕もなく、かつ口腔環境が良い者	生歯数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本
<input type="checkbox"/> 3 O2型	う蝕はないが、かつ口腔環境が悪い者	未処置歯数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本
<input type="checkbox"/> 4 A型	上顎前歯部のみ、または臼歯部のみとう蝕がある者	処置歯数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本
<input type="checkbox"/> 5 B型	上顎前歯部および臼歯部とう蝕がある者		
<input type="checkbox"/> 6 C型	下顎前歯部とう蝕がある者		

④ 軟組織異常 0 無 1 小帯 2 歯肉 3 その他 ( )

⑤ 咬合異常 0 無 1 反対咬合 2 開咬・指しゃぶり有り 3 開咬・指しゃぶり無し

4 上顎前突 5 過蓋咬合 6 そう生 7 その他 ( )

⑥ その他 0 無 1 有 先天欠如・癒合歯・早期脱落 ( )

判定 0 問題なし 1 要指導 2 要精密 ( )

要指導の内容 0 口腔清掃 1 むし歯治療 2 不正咬合 3 軟組織疾患 4 食生活 5 不正習慣除去

フッ化物塗布 希 0 無 1 有

判定 0 否 1 可

塗布 0 無 1 有

歯科医師名



# 3歳児健康診査健診票

30103

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  肥満度  1:ふとりすぎ 4:ふつう  
頭囲      cm PC  胸囲      cm PC  2:ややふとりすぎ 5:やせ  
3:ふとりぎみ 6:やせすぎ

<b>身体所見：</b> 栄養状態 <input type="radio"/> <sub>1</sub> 肥満気味 <input type="radio"/> <sub>2</sub> 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"/> 脊柱 <input type="radio"/> その他 ( ) <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"/> その他 ( ) <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 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 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり	<b>神経学的所見：</b> 片足立ち <input type="radio"/> <sub>1</sub> 疑い <input type="radio"/> <sub>2</sub> あり 丸などを書く <input type="radio"/> <sub>1</sub> 疑い <input type="radio"/> <sub>2</sub> あり 言葉の理解 <input type="radio"/> <sub>1</sub> 疑い <input type="radio"/> <sub>2</sub> あり 多動 <input type="radio"/> <sub>1</sub> 疑い <input type="radio"/> <sub>2</sub> あり 所見の内容  診察医師名
--	---

<input type="radio"/> <sub>0</sub> 異常なし <input type="radio"/> <sub>3</sub> 要継続観察(主治医で) <input type="radio"/> <sub>6</sub> 要精密検査 <input type="radio"/> <sub>1</sub> 要指導 <input type="radio"/> <sub>4</sub> 要継続観察(区役所で) <input type="radio"/> <sub>1</sub> 要医療 <input type="radio"/> <sub>2</sub> 要フォロー健診 <input type="radio"/> <sub>5</sub> 要継続観察(その他) <input type="radio"/> <sub>7</sub> 医療中	<input type="radio"/> <sub>0</sub> 異常なし <input type="radio"/> <sub>3</sub> 要継続観察(主治医で) <input type="radio"/> <sub>6</sub> 要精密検査 <input type="radio"/> <sub>1</sub> 要指導 <input type="radio"/> <sub>4</sub> 要継続観察(区役所で) <input type="radio"/> <sub>1</sub> 要医療 <input type="radio"/> <sub>2</sub> 要フォロー健診 <input type="radio"/> <sub>5</sub> 要継続観察(その他) <input type="radio"/> <sub>7</sub> 医療中
--	--

検尿 蛋白 <sub>0</sub> - <sub>1</sub> ± <sub>2</sub> + <sub>3</sub> ++ <sub>4</sub> +++ 尿酸 <sub>0</sub> - <sub>1</sub> ± <sub>2</sub> + <sub>3</sub> ++ <sub>4</sub> +++  
 潜血 <sub>0</sub> - <sub>1</sub> ± <sub>2</sub> + <sub>3</sub> ++ <sub>4</sub> +++ ( ) 再検 蛋白 <sub>0</sub> - <sub>1</sub> ± <sub>2</sub> + <sub>3</sub> ++ <sub>4</sub> +++ 尿酸 <sub>0</sub> - <sub>1</sub> ± <sub>2</sub> + <sub>3</sub> ++ <sub>4</sub> +++ ( )

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"/> <sub>0</sub> 異常なし <input type="radio"/> <sub>2</sub> 要フォロー健診 <input type="radio"/> <sub>6</sub> 要継続観察 <input type="radio"/> <sub>8</sub> 要精密検査 <input type="radio"/> <sub>11</sub> 要医療	栄養 <input type="radio"/> <sub>0</sub> 異常なし <input type="radio"/> <sub>2</sub> 要フォロー健診 <input type="radio"/> <sub>6</sub> 要継続観察	歯科 <input type="radio"/> <sub>5</sub> 指導済み	心理 <input type="radio"/> <sub>0</sub> 異常なし <input type="radio"/> <sub>2</sub> 要フォロー健診 <input type="radio"/> <sub>6</sub> 要継続観察 <input type="radio"/> <sub>8</sub> 要精密検査 <input type="radio"/> <sub>11</sub> 要医療 <input type="radio"/> <sub>12</sub> 医療中
---	--	--	---

① 歯垢付着状態 <sub>0</sub> なし <sub>1</sub> あり (1/3以上) 記号

健全歯 1 う歯 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
---

② 歯

右 E D C B A A B C D E 左 上 下	生歯数 <input type="text"/> <input type="text"/> 本 未処置歯数 <input type="text"/> <input type="text"/> 本 処置歯数 <input type="text"/> <input type="text"/> 本
-----------------------------------	--

③ 罹患型 <sub>1</sub> O型 う蝕がない者 <sub>4</sub> A型 上顎前歯部のみ、または臼歯部のみう蝕がある者 <sub>5</sub> B型 上顎前歯部および臼歯部にう蝕がある者 <sub>7</sub> C 1型 下顎前歯部のみう蝕がある者 <sub>8</sub> C 2型 下顎前歯部を含む他の部位にう蝕がある者

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 ( )

判定 <sub>0</sub> 問題なし <sub>1</sub> 要指導 <sub>2</sub> 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 <sub>0</sub> 無 無・否の場合 <sub>1</sub> 歯科医院で受けている <sub>2</sub> 1.6のみ  
 望 <sub>1</sub> 有 判定 <sub>0</sub> 否 <sub>1</sub> 可の場合(今回を含めた回数) <sub>1</sub> 1回 <sub>2</sub> 2回 <sub>3</sub> 3回以上 歯科医師名 \_\_\_\_\_

### 3歳児健康診査問診票②<一般>

30209

下記の要領で記載し当日ご持参下さい。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：



1 起きる時間は決まっていますか。  
6 7時まで 7 7時台 8 8時台 9 9時台 10 10時台 11 11時以降 25 決まっていない

2 夜寝る時間は決まっていますか。  
7 8時まで 8 8時台 9 9時台 10 10時台 11 11時台 12 12時以降 25 決まっていない

3 昼間、おしっこができる前に知らせますか。  
1 はい 0 いいえ

4 週に2~3回は戸外で遊んでいますか。  
1 はい 0 いいえ

5 気になるせがありますか。(爪かみ・指しゃぶり・その他 )  
0 いいえ 1 はい

6 食事を自分で食べますか。  
1 はい 0 いいえ

7 食事づくりや準備、後片付けなどのお手伝いをさせていますか。  
1 はい 0 いいえ

8 食事で困っていることはありますか。(複数選択可)  
1 遊び食い 0 偏食する 0 むら食い  
0 食べるのに時間がかかる 0 食欲がない  
0 その他(具体的に： ) 0 困っていることはない

9 よくかんで食べていますか。  
1 はい 0 いいえ 2 いつまでも口の中にためている

10 食事は決まった時間に食べていますか。  
1 はい 0 いいえ  
 朝食は毎日食べていますか。  
1 はい ( 時頃) 0 いいえ

11 朝食(おやつ)の時間は決まっていますか。  
1 はい 0 いいえ 2 食べない  
 回数は1日に何回くらいですか。  
1 1回 2 2回 3 3回以上

12 次のうちよく食べさせている菓子類は何ですか。(複数選択可) 0 食べさせていない  
0 アイス 0 チョコレート菓子 0 スナック菓子 0 あめ 0 その他(具体的に： )

13 週1回以上利用しているものはどれですか。(複数選択可)  
0 外食・ファーストフード(ハンバーガー、ピザ、ファミリーレストラン、焼肉屋など)  
0 インスタント食品(カップ麺、カップスープなど) 0 できあいのおかず(弁当、すし、サンドイッチ、総菜など)  
0 加工食品(ハム、ウインナー、冷凍食品、レトルト食品、漬物など) 0 利用しない

14 ほぼ毎日飲む飲み物はどれですか。(複数選択可) 0 牛乳またはミルク(1日     ml) 0 お茶・水  
0 ジュース等(果汁、炭酸・乳酸菌・スポーツ飲料、野菜ジュース)： 日     ml(1日     回)

15 主食(ごはん・パン・めんなど)・主菜(魚・肉・卵・とうふ等が主の料理)・副菜(おひたし・酢の物・野菜の煮物など)がそろった食事は1日何回ですか。  
1 毎食 3 2回 2 1回 0 なし

16 こどもと一緒に食事をするのは楽しいですか。  
1 はい 2 時には 0 いいえ 3 一緒に食べない

17 母乳を飲んでいますか。  
0 いいえ 1 はい(いつ： )

18 かかりつけ歯科医はいますか。  
1 はい 2 いいえ 0 何ともいえない

19 毎日寝る前に仕上げみがきをしていますか。  
1 はい 2 時々 0 いいえ

20 家庭内にタバコを吸う人がいますか。  
0 いいえ 1 はい(具体的に： )

1 今までに医師から以下の病気といわれたことがありますか。  
 アトピー性皮膚炎 0 いいえ 1 治療中 2 治療したことがある  
 喘息 0 いいえ 1 治療中 2 治療したことがある  
 食物アレルギー(食品名： ) 0 いいえ 1 治療中 2 治療したことがある

2 お子さんの兄弟や両親にアレルギー性疾患(喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎等)の方がいますか。  
0 いいえ 1 はい(誰： ) (病名： )

3 アナフィラキシーショックと診断されたことはありますか。  
0 いいえ 1 はい

1 お子さんにテレビ・スマートフォン等を見せる時間は1日どれくらいですか。  
0 見せていない 2 2時間未満 3 2時間以上

1 フッ化物塗布を希望しますか。 1 希望する 2 希望しない  
 当日の診察医の判断によりフッ化物塗布ができない場合があります。

備考

計測 体重      g  
 身長      cm  
 頭囲      cm  
 胸囲      cm



# データヘルス時代の母子保健情報の活用に関する検討会 中間報告書（概要）

## 【経緯】

- 2018年1月に厚生労働省「データヘルス改革推進本部」のもとに、「乳幼児期・学童期の健康情報」プロジェクトチームが設置され、乳幼児期、学童期を通じて健康情報の利活用等について検討を進めることとなった。
- これを受け、同年4月に子ども家庭局長の下に「データヘルス時代の母子保健情報の利活用に関する検討会」を設置し、乳幼児健診及び妊婦健診の健診情報の電子的記録様式の標準化及び電子化に関する検討を行った。

## 政府方針

**乳幼児期・学童期の健康情報の一元的活用などの取り組み。**  
(経済財政運営と改革の基本方針 平成30年6月15日閣議決定)

PHR (Personal Health Record) について、平成32年度より、マイナンバーを通じて本人等へのデータの本格的な提供を目指す。そのため、予防接種（平成29年度提供開始）に加えて、**平成32年度から特定健診、乳幼児健診等の健診データの提供を開始することを旨とする。**  
(未来投資戦略2018 平成30年6月15日閣議決定)

## 【中間報告書の主な内容】

### 1. 電子的に記録・管理する情報

- 乳幼児健診（3～4か月、1歳半、3歳）及び妊婦健診の健診情報にかかる「標準的な電子的記録様式」及び「最低限電子化すべき情報」を検討。

乳幼児健診・妊婦健診で把握される情報



標準的な電子的記録様式

最低限電子化すべき情報

### 概要

	概要	例
標準的な電子的記録様式	本人又は保護者が自己の健康管理のために閲覧する情報で、市町村が電子化することが望ましい情報。	・ 疾病及び異常の診察所見 ・ 新生児聴覚検査に関する情報 ・ 風疹抗体検査に関する情報
最低限電子化すべき情報 <small>※妊婦健診は対象外</small>	転居や進学の際に、他の市町村や学校に引き継がれることを前提として、市町村が必ず電子化する情報。	・ 各健診時における受診の有無 ・ 診察所見の判定に関する情報

### 2. 電子的記録の利活用について

「マイナンバー制度により管理」「特定の個人を識別する識別子はマイナンバー」

マイナンバーでの閲覧

市町村間での情報連携



(背景) ・ 健診の実施主体たる市町村において情報が保有・管理されている  
・ マイナンバー制度に係る情報インフラが全国的に整備されている

- 生涯を通じたPHR制度構築の観点から、医療機関等においては、健診情報等をマイナンバーにより管理することとなっていないことも踏まえ、医療情報も含めた個人の健康情報を同一のプラットフォームで閲覧する方法等について今後検討が必要。
- 現状、学校そのものは、マイナンバー制度において番号利用を行うことができる行政機関、地方公共団体等として位置づけられていないため、学校健診情報と母子保健情報の連携に当たっては検討が必要。
- 市町村が精密健康診査対象者の精密健康診査結果を確認する際に、医療機関から返却される精密健康診査結果を効率的に照合する等の活用を進めることを念頭に、被保険者番号も把握する方向。

### 3. 今後の検討事項

- 引き続き検討が必要とされた主な課題。
  - ・ 電子的記録の保存年限
  - ・ 電子的記録の保存形式の標準化
  - ・ データ化する項目の定義や健診の質の標準化
  - ・ 学校健診情報との連携について
  - ・ 任意の予防接種情報の把握について
  - ・ 市町村における母子保健分野の情報の活用の在り方について
  - ・ ビッグデータとしての利用について
  - ・ 個人単位化される被保険者番号の活用にかかわる検討も踏まえた医療等分野における情報との連携について