

整理番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 受診される方は、太枠内の項目を母子健康手帳等を参考に記入してください。

住 所	電話										健康診査日			年	月	日
保護者氏名											健診日	か月	日	修正	か月	日
乳児氏名	男・女										月 齢			月 齢		
乳児生年月日	年	月	日	何番目のお子様ですか	右詰記入	主に育てている人（番号に○を付けてください。）										
出生時の体重	g	出産予定日より誕生日は			日	子	1 父	2 母	3 祖父母	4 その他						
新生児期の異常	1 無	2 有	（ ）													
現在の栄養法	1 母乳	2 混合	3 人工	新生児聴覚スクリーニング検査			1 済	2 未								
出生医療機関名																

2 お子さんは次のことができますか。該当する番号に○をつけてください。（1 はい 2 いいえ 0 わからない）

手、足を左右同じように動かしますか	1	2	0	あやすと声をだして笑いますか	1	2	0
手をしゃぶりますか	1	2	0	両手を触れ合せている事がありますか	1	2	0
お母さんの顔を目で追いますか	1	2	0	指先のガラガラを自分から握りますか	1	2	0
腹ばいで頭を45° まで上げますか	1	2	0	アー、ウーウーなど泣き声以外の声をだしますか	1	2	0
首はしっかりすわっていますか	1	2	0	ベルやその他の音に反応しますか	1	2	0

3 何か心配なことがある方は内容を記入してください。

[]

4 身体測定値

体 重	身 長	カウプ指数	胸 囲	頭 囲
kg	cm		cm	cm

5 身体的所見（異常なしは□内にレ印、該当する異常所見には番号に○印、特記事項は備考欄に記載）

姿 勢	1 低緊張 2 異常	腹 部	1 臍ヘルニア 2 肝脾腫(高度) 3 腫瘍
運 動	1 減弱 2 異常	外 陰 部	1 鼠径ヘルニア 2 陰嚢水腫 3 停留精巣
筋 緊 張	1 低下 2 亢進	股 関 節	1 開排制限
頭部顔面	1 頭蓋変形 2 特異顔貌 3 形態異常 4 斜視	四 肢	1 形態異常
頭 部	1 斜頸	皮 膚	1 湿疹 2 血管腫 3 母斑 4 その他
胸 部	1 胸部変形 2 心雑音	備 考 欄	

6 神経学的所見

頸定	1 不安定 2 不能 3 判不
引き起し反応	1 頭部後屈 2 異常姿勢 3 判不
水平吊り下げ	1 頭部前屈 2 弓ぞり姿勢 3 判不
追視	1 追視不良 2 無反応 3 判不
音に対する反応	1 鈍感 2 過敏 3 判不
モロー反射	1 軽度 2 著明 3 判不

8 実施医療機関名及び医師名

9 委託医療機関コード

2	2								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

7 健康診査の結果（該当番号に○印）

A 異常なし
B 既医療
C 要経過観察（ か月後）
1 栄養・身体発育 2 精神運動発達
3 身体異常所見 4 問診 点
D 要紹介（要精密）
1 栄養・身体発育 2 精神運動発達
3 身体異常所見 4 問診 点
E 要紹介（要治療）
1 精神面 2 身体面

*この欄の内容は母子健康手帳に記入してください。

主にお子さんの世話をなさっている方にお伺いします。該当する番号に○をつけてください。

生後1か月時の栄養法はどうか	1 母乳 2 人工乳 3 混合
妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか	1 なし 2 あり (1日) (本)
妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか	1 なし 2 あり
現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか	1 なし 2 あり (1日) (本)
現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか	1 なし 2 あり (1日) (本)
生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか	1 はい 2 いいえ
お子さんのお母さん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	1 はい 2 いいえ 3 何ともいえない
お子さんのお父さんは、育児をしていますか	1 よくやっている 2 時々やっている 3 ほとんどしない 4 何ともいえない
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	1 いつも感じる 2 時々感じる 3 感じない
(前の設問で「1 いつも感じる」もしくは「2 時々感じる」と回答した人に対して、) 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	1 はい 2 いいえ
この地域で、今後も子育てをしていきたいですか	1 そう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらかといえばそう思わない 4 そう思わない
この数か月の間に、ご家庭で右記のことがありましたか あてはまるものすべてに○を付けてください	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 子どもの口をふさいだ 7 子どもを激しく揺さぶった 8 いずれも該当しない
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	1 はい 2 いいえ
お子さんのかかりつけの医師はいますか	1 はい 2 いいえ 3 何ともいえない
子ども医療電話相談（#8000）を知っていますか	1 はい 2 いいえ
お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか	1 働いていたことがある 2 働いていない
(前の設問で「1 働いていたことがある」と回答した人に対して) 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	1 はい 2 いいえ
妊娠中マタニティマークを知っていましたか	1 知っていた 2 知らなかった
(前の設問で「1 知っていた」と回答した人に対して) マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか	1 利用したことがある 2 利用したことはない
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	1 はい 2 いいえ 3 どちらとも言えない