

10 か 月 児 健 康 診 査 票

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	修正月齢
乳児氏名	男・女				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○を付けて下さい。)		
					子	1 父	2 母	3 祖父母
出生時の体重	g	出産予定日より誕生日は			日	1 早かった	2 遅かった	
新生児期の異常	1 無 2 有 ()							
予防接種歴	BCG 未・済、 四種混合 (百・ジ・破・ボ) 回							
離乳食の回数	1 1回	2 2回	3 3回	病気や異常	1 無 2 有 ()			
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)

一人でしっかり座っていますか	1	2	0	バ、ダーなどと声をだしますか	1	2	0
つかまり立ちをしますか	1	2	0	「はい、はい、パー」をすると喜んで見ますか	1	2	0
親指と人さし指でつまもうとしますか	1	2	0	積み木や小さいおもちゃをもちかえますか	1	2	0
ビスケットなどを手にもってたべますか	1	2	0	ハイハイしますか	1	2	0
あなたの声の方をふり向きますか	1	2	0	身振りをまねしますか	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 強直 3 アテトーゼ	腹 部	1 臍ヘルニア 2 肝脾腫(高度) 3 腫 瘤
運 動	1 減弱 2 協調障害 3 不随意運動	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 3 変動(緊張異常)		
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
		皮 膚	1 湿疹 2 血管腫 3 母斑 4 その他
胸 部	1 胸郭変形 2 心雑音	備 考 欄	

6 神経学的所見

座位	1 不安定	2 不能	3 判不
つかまり立ち	1 不安定	2 不能	3 判不
母・示指対向つまみ	1 不確実	2 不能	3 判不
模倣動作	1 不確実	2 不能	3 判不
パラシュート反応	1 不十分	2 異常	3 判不
非対称性緊張性頸反射	1 一時的	2 常時	3 判不

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

8 実施医療機関名及び医師名

9 委託医療機関

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

*この欄の内容は母子健康手帳に記入してください。