

1 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して記入してください。

健康診査日	年	月	日	健康診査日の月齢	カ月	日	修正月齢	カ月	日
住 所					電話	—			
乳 児 氏 名				性別	男・女	生年月日	年	月	日
保護者氏名	(父)		(母)		主に育てている人の続柄		1 父 2 母 3 祖父母 4 その他		
生まれた時の体重				g	出生医療機関名				
新生児期の異常	1 無 2 有 (仮死・黄疸 (光線療法・交換輸血)・けいれん・哺乳障害・チアノーゼ・保育器収容・その他 ())				お産の予定日に比べて誕生日は		1 早かった 2 遅かった 3 予定日通り 日		

2 身体的所見 (該当する異常所見には○印を記載してください。)

身体測定 (生後 () 日)					
身長		体重	体重増加量		
cm	g	g/日	cm		
栄養		良・要指導			
診 察 所 見	1 身体的発育異常		9 腹部・腰背部	ア 臍：肉芽・ヘルニア	
	2 外表奇形			イ 腹部腫瘤	
	3 姿勢の異常			ウ そけいヘルニア	
	4 皮膚	ア 黄疸	10 外陰部の異常	エ 仙骨部の異常	
		イ 血管腫			
		ウ 色素異常			
		エ その他			
	5 頭部	ア 頭血腫	11 四肢	ア 四肢の運動制限	
		イ 頭囲拡大		イ 内反足	
		ウ 小頭症	12 神経学的異常	ア モロー反射	
		エ 縫合異常		イ 筋トヌス	
	6 顔	ア 特異的顔貌		13 発育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイからオの2項目以上)	ア 股関節開排制限
		イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等			イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称
		ウ 口：口唇裂・口蓋裂	ウ 家族歴		
		エ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等	エ 女児		
	7 頸部	ア 斜頸	14 その他の異常	オ 骨盤位分娩	
		イ その他の頸部腫瘤			
	8 胸部	ア 胸部の異常	15 新生児聴覚検査	正常・精査中 (右・左)・未実施・未記入	
		イ 呼吸の異常	16 先天性代謝異常等検査の結果説明	済 ・ 未	
		ウ 心雑音			
エ 不整脈					
オ 鎖骨骨折					
育児環境等		ア問題なし イ問題あり (母の心身状態、家庭状況、その他 ())			
予防接種指導		実施済・未実施			
子に関する心配事		無・有 ()			
保護者に関する心配事		無・有 (心身の不調、育児能力、その他 ())			

※15～18は母子健康手帳または、保護者への聞き取りにより回答してください。

3 実施医療機関名及び医師名

- 1 異常なし
- 2 要経過観察 (カ月後)
1 栄養・身体発育 2 精神運動発達 3 身体異常所見 (当院・他医療機関)
- 3 要精密検査
1 栄養・身体発育 2 精神運動発達 3 身体異常所見 (当院・他医療機関)
- 4 要医療 (当院・他医療機関)
- 5 医療機関にて観察・治療中 (当院・他医療機関)
- 6 要支援、指導 (保健センター)

4 委託医療機関コード

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

※該当に○をし、この欄の内容は母子健康手帳に記入してください。