

【医師記入用】

【受診日】 令和 年 月 日		生後()日	
身長	体重	頭 囲	栄養法
cm	g (増加量 g/日)	cm	母乳・混合・人工乳
診察所見			
1 身体的 発育異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	9 腹部・ 腰背部	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア 臍：肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘍 ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常
2 外表奇形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
3 姿勢の異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
4 皮膚	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他	10 四肢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア 四肢の運動制限 イ 内反足
		11 神経学的 異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア モロー反射 イ 筋トーンス
5 頭部	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア 頭血種 イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常	12 発育性股関 節関節形成 不全リスク 因子(ア、また はイからオの2 項目以上)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア 股関節開排制限 イ 大腿/ そけい皮膚溝の非対称 ウ 家族歴 エ 女兒 オ 骨盤位分娩
6 顔	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア 特異的顔貌 イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・ 眼瞼の異常等 ウ 口：口唇裂・口蓋裂 エ 耳：小耳症・福耳・耳瘻孔等		
7 頸部	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘍	14 新生児 聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未
8 胸部	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈	15 先天性代謝 異常等検査の結果説明	済・未
		16 便色カード	番
		17 ビタミン K2の投与	できている・できていない
診察所見判定	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療)	紹介先： 診査医名：	
育児環境等	<input type="checkbox"/> 母の心身状態 <input type="checkbox"/> その他	子育て支援の 必要性の判定	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 保健師による支援が必要 <input type="checkbox"/> その他支援が必要()
心配事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
栄養	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導	判定者	
特記(要紹介となった場合の結果等)			

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

1か月児健康診査問診票

(ふりがな) 子の氏名		男 女	令和 年 月 日生 (満 月) ・第 子
保護者氏名		【住所】 益子町	【電話】
出生時の状態	在胎週数	() 週 () 日	
	出生時体重	() g	
栄養	現在の栄養法について	(母乳 ・ 混合 ・ ミルク)	
	【授乳量と授乳回数について】	●母乳：() 回/日 ●ミルク：() ml () 回 ●混合：母乳 () 回、ミルク () ml () 回	
器質的疾患の確認	1	元気な声で泣きますか	はい・いいえ
	2	大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか	はい・いいえ
	3	授乳時や泣いた時などに唇が紫色になることがありますか	いいえ ・ はい
	4	からだ特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか	いいえ ・ はい
	5	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便 (便色カード1番～3番) が続いていますか	いいえ ・ はい
発達	6	あなたの顔をじっと見つめることがありますか	はい ・ いいえ
	7	裸にすると手足をよく動かしますか	はい ・ いいえ
親 (主な養育者) や子育ての状況	8	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか	なし・あり1日 () 本
	9	現在、お子さんのお父さん (パートナー) は喫煙をしていますか	なし・あり1日 () 本
	10	窒息の可能性のある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか	はい ・ いいえ
	11	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか	はい ・ いいえ
	12	あなた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	はい・いいえ・何ともいえない
	13	赤ちゃんをいとおしいと感じますか	はい・いいえ・何ともいえない
	14	子育てについて不安や困難を感じることはありますか	はい・いいえ・何ともいえない
	15	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか	はい ・ いいえ
	16	(きょうだいがいる方)きょうだいのことで相談したいことはありますか	いいえ・はい
	17	お子さんのお母さんとお父さん (パートナー) は、協力し合って家事・育児をしていますか (そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない)	
	18	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか	いいえ・はい
	19	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか (大変ゆとりがある ・ ややゆとりがある ・ 普通 ・ やや苦しい ・ 大変苦しい)	
	20	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか	いいえ・はい
	21	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	いいえ・はい
22	あなたはご自身の睡眠で困っていることはありますか	いいえ・はい	
23	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか	いいえ・はい	
予防接種	24	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存じですか	はい ・ いいえ
【健康相談内容】			
【指導内容】			
【特記事項】			