

(案)

郡山市

母子健康手帳番号 25-18 - -

1か月児健康診査受診票

医療機関保管用

【保護者記入欄】

※生後28日目から41日目までの期間で受けてください。

記入日 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日	年 月 日	記入者	母・父・その他(フリガナ)
氏名	(第 子)	父氏名	(フリガナ)	母氏名	(フリガナ)
住 所	郡山市	連絡先	携帯:	自宅:	
現在の滞在先	自宅・里帰り先等(市町村名:)	出生	経産	週 日	分娩方法 自然分娩・帝王切開その他()
1か月健診までにかかった病気	無・有(いつ頃)	病名または症状:	使用薬:	受診医療機関:	
お子さんの様子	1 お乳をよく飲みますか。	はい	いいえ	栄養方法	母乳・混合・人工乳
	2 元気な声で泣きますか。	はい	いいえ		
	3 大きな音にビックリ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		
	4 お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。	いいえ	はい		
	5 からだが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		
	6 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番から3番)が続いていますか。	いいえ	はい		
	7 あなたの顔をじっとみつめることがありますか。	はい	いいえ		
	8 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	9 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	
	10 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	
	11 窒息の可能性が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		
	12 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うよう工夫をしていますか。	はい	いいえ		
	13 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	
	14 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	
	15 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。	いいえ	はい	何ともいえない	
	16 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		
	17 (きょうだいがいらっしゃる方へ)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		
	18 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
	19 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		
	20 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	やや厳しい
	21 あなた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		
	22 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。	はい	いいえ		
相談	23 2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。	はい	いいえ		
	相談したいこと、心配なことはありますか。				

【医療機関記入欄】 受診日 年 月 日(生後 日)

身体計測	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	下記1～12の該当 無・有(有の場合は下記の該当部分に記載)			
	1 身体的発育異常	有()	9 腹部・腰背部	有 ア 臍・肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘍
	2 外容奇形	有()	ウ そけいヘルニア	エ 仙骨部の異常
	3 姿勢の異常	有()	オ その他()	
	4 皮膚	有 ア 黄疽 イ 血管腫	10 四肢	有 ア 四肢の運動制限 イ 内反足
	ウ 色素異常	エ その他()	ウ その他()	
	5 頭部	有 ア 頭血腫 イ 頭囲拡大	11 神経学的異常	有 ア モロー反射 イ 筋トースス
	ウ 小頭症	エ 形状異常	ウ その他()	
	オ その他()		12 発育性股関節形成不全	ア 股関節閉鎖制限
	6 顔	有 ア 特異的顔貌	リスク因子(ア、またはイからオの2項目以上)	イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称
イ 目:白色瞳孔・角膜混濁・網膜の異常等		ウ 家族歴	エ 女兒	
ウ 耳:小耳症・副耳・耳瘻孔等		オ 骨盤位分娩		
エ その他()		13 その他の異常		
7 頤部	有 ア 斜頤	14 新生児聴覚検査	正常・聴覚中(右・左)・未	
イ その他頤部腫瘍		15 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未	
8 胸部	有 ア 胸部の異常	16 便色カード(番号)	1・2・3・4・5・6・7	
ウ 心雑音、不整脈		17 ビタミンK ₂ の投与(入院中・1か月時)	済・未	
エ その他()				
診察結果	1 異常なし 2 既治療(内容:) 3 要経過観察(理由: 時期及び方法:)			
	4 要治療(理由:) 5 要精密検査(理由:)			
	紹介先(要精密検査・要治療の場合:)			
	診察医師名	医療機関名		
心配事	無 有	ア 母の心身状態	イ その他()	栄養 良 要指導()
指導内容	子育て支援の必要性(市町村への連絡・依頼事項等) 1 特に問題なし 2 市町村対応依頼(保護者の同意: 有・無)(要支援乳児連絡票の送付: 済・未) 3 その他()			