

宇城市1か月児健康診査受診票

医療機関記入欄

実施医療機関長 様

裏面对象者について下記の健康診査を依頼します。

宇城市長

当てはまる項目に○印を入れ、必要事項を記入してください。

受診日	年 月 日（生後 日）				
身体測定					
身長	. cm		体重	g	
頭位	. cm			体重増加量 . g/日 ※退院時の体重(または最低体重)からの増加量	
栄養方法	母乳 ・ 混合 ・ 人工乳				
診察所見					
身体的 発育異常	異常なし 所見あり()	外表奇形	異常なし 所見あり()	姿勢の異常	異常なし 所見あり()
皮膚	異常なし 黄疸・血管腫・色素異常 その他()		頭部	異常なし 頭血腫・頭位拡大・小頭症・縫合異常 その他()	
顔	異常なし 特異的顔貌 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等		口：口唇裂・口蓋裂 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等 その他()		
頸部	異常なし 斜頸・その他の頸部腫瘍 その他()		胸部	異常なし 胸部の異常・呼吸の異常・心雑音・不整脈 その他()	
腹部 腰背部	異常なし 臍(肉芽・ヘルニア)・腹部腫瘍 そけいヘルニア・仙骨部の異常 その他()		四肢	異常なし 四肢の運動制限・内反足 その他()	
神経学的 異常	モロー反射・筋トーンス 所見あり()		頭部	異常なし 頭血腫・頭位拡大・小頭症・縫合異常	
発育性 股関節形成不全 リスク因子	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 女児 オ 骨盤位分娩		※精密検査の推奨について アを認める場合 または イからオのうち2項目以上認める場合		
その他の異常					
新生児 聴覚検査	【検査結果確認】 正常 ・ 精査中(右・左) ・ 未		新生児代謝 異常等検査	【結果説明】 済 ・ 未	
便色カード	番		ビタミンK2の 投与	できている ・ できていない	
判定	異常なし ・ 既医療 ・ 要経過観察 ・ 要精密 ・ 要治療			紹介先:	
特記事項		※判定理由を記載ください。			

上記のとおり1か月児健康診査を実施しました。

医療機関名称

所在地

診察医師名

宇城市長 様

宇城市1か月児健康診査受診票

保護者記入欄

- ・この受診票で1か月児健康診査を受診できます。検査内容は、「問診、裏面の項目等」です。
(上記以外の検査、治療、投薬等については公費負担対象外です。)
- ・実施時期は、出生後27日から生後6週頃までです。この時期を超えると使用できません。(特別の事情がある場合を除く。)
- ・受診日に宇城市内に住民票がある方のみ、この受診票が使用できます。宇城市外に転出された場合は使用できません。
- ・この健康診査の結果は宇城市に通知されます。必要に応じてご連絡をさせていただくことがあります。

フリガナ					
児氏名		生年月日	令和 年 月 日	母氏名	
住所	宇城市 町				
在胎週数	週	出生児体重	g	退院時体重	g

■当てはまる項目に○を付けてください。

1	お乳をよく飲みますか。	(はい・いいえ)
2	元気な声で泣きますか。	(はい・いいえ)
3	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)
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。	(はい・いいえ)
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。	(はい・いいえ)
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。	(はい・いいえ)
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)
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選び、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。	(はい・いいえ・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・やや苦しい・大変苦しい)
21	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)
22	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)
23	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)
24	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)
25	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)
26	気になっていること、聞きたいことをご自由にお書きください。	

※以下は医療機関記入欄です。

育児環境等	母の心身状態	その他
心配事	なし あり()	
栄養	良 要指導(指導内容)	
判定	☐ 経過順調 ☐ 当院フォロー ☐ 宇城市へ連絡(電話連絡 ・ 連絡票送付) ☐ 他科・他院紹介 (紹介先:)	