

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

裏面対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 令和 年 月 日 (生後 日 日)	
身体測定	
身長	cm 頭囲 cm
体重	g (増加量 g/日)
栄養法 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input type="checkbox"/> 人工栄養	
診察所見	9 腹部・腰背部 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 臍 (<input type="checkbox"/> 肉芽 <input type="checkbox"/> ヘルニア) <input type="checkbox"/> 腹部腫瘤 <input type="checkbox"/> そけいヘルニア <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仙骨部の異常 ()
1 身体的発育異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()	10 四肢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 四肢の運動制限 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 内反足 ()
2 外表奇形 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()	11 神経学的異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> モロー反射 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 筋トヌス ()
3 姿勢の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()	12 発育性股関節形成不全リスク因子 <input type="checkbox"/> ア 股関節開排制限 <input type="checkbox"/> イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 <input type="checkbox"/> ウ 家族歴 <input type="checkbox"/> エ 女児 <input type="checkbox"/> オ 骨盤位分娩 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; font-size: small;"> ※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 </div>
4 皮膚 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 血管腫 <input type="checkbox"/> 色素異常 その他 ()	13 その他の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ()
5 頭部 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 頭血腫 <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 頭囲拡大 <input type="checkbox"/> 縫合異常 ()	14 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 検査未受検 <input type="checkbox"/> 精査中 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
6 顔 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 特異的顔貌 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 目 ⇒ <input type="checkbox"/> 白色瞳孔 <input type="checkbox"/> 角膜混濁 <input type="checkbox"/> 眼瞼の異常 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 口 ⇒ <input type="checkbox"/> 口唇裂 <input type="checkbox"/> 口蓋裂 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 耳 ⇒ <input type="checkbox"/> 小耳症 <input type="checkbox"/> 副耳 <input type="checkbox"/> 耳瘻孔 <input type="checkbox"/> その他 ()	15 先天性代謝異常等検査の結果説明 <input type="checkbox"/> 結果説明を保護者が受けている <input type="checkbox"/> 結果説明を保護者が受けていない
7 頸部 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 斜頸 <input type="checkbox"/> その他の頸部腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ()	16 便色カード () 番
8 胸部 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 胸部の異常 <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 呼吸の異常 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 ()	17 ビタミンK ₂ の投与 <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> できていない
判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 既医療 <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要紹介 (<input type="checkbox"/> 要精密 <input type="checkbox"/> 要治療)	母親の栄養状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導 ⇒ <指導内容> ()
紹介先	保護者の心配事 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <心配事の内容> ()
育児環境等 <input type="checkbox"/> 経済的困窮 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 喫煙者 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 産後うつ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 睡眠不足 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
子育て支援の必要性の判定 <input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 宇城市へ連絡 (電話連絡・連絡票送付) <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介 (紹介先:) <input type="checkbox"/> 要保護児童対策地域協議会による支援対象児童等 (要保護児童もしくは要支援児童及びその保護者)への対応 <input type="checkbox"/> その他 ()	
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 診察医氏名	
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		母氏名	連絡先(- -)
生年月日	年 月 日	在胎週数	週
住所	宇城市		

※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。

出生 時 の	出生時体重 ()g	
	退院時体重 ()g	
嬰 児 的 疾 患 の 確 認	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 大きな音にビッ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。	(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)
発 達	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わない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お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况を総合的にみて、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)
接 防	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)
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		