



# 1 か月児健康診査結果票

(市提出用)

\*太線内の項目をボールペンで記入してください。

フリガナ		受診日	年 月 日
乳児氏名		月齢	満 <u>    </u> か月 日
生年月日	年 月 日	性別	男・女 第( )子
出生体重	g	在胎週数	週 日
母体の異常	なし あり ( )	分娩時の様式	経膈分娩・帝王切開 その他 ( )
保護者名			
電話	— —	(父・母・ )	
住所	住民票登録地 亀山市		
主な保育者	父・母・祖父母・他 ( )		

器質的疾患の確認	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。	いいえ・はい
	5	からだに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	薄い黄色、もしくは薄いクリーム色の便(便色カード1~3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していますか。	いいえ・はい(1日 本)
	10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙していますか。	いいえ・はい(1日 本)
	11	窒息の可能性がある柔らかい寝具などを避け、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	(きょうだいがいる場合) 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・ どちらかと言えばそう思う 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じですか。	はい・いいえ

※以下は医療機関が記入してください。

身長	cm	体重	g (増加量 g/日)	頭囲	cm	栄養法	母乳・混合・人工乳
診 察 所 見	1. 身体的発育異常	無・有					
	2. 外表奇形	無・有					
	3. 姿勢の異常	無・有					
	4. 皮膚	無・有： 黄疽・血管腫・色素沈着・その他（ ）					
	5. 頭部	無・有： 頭血腫・頭囲拡大・小頭症・縫合異常					
	6. 顔	無・有： 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）					
	7. 頸部	無・有： 斜頸・その他の頸部腫瘤					
	8. 胸部	無・有： 胸部の異常・呼吸の異常・心雑音・不整脈					
	9. 腹部・腰背部	無・有： 臍・肉芽・ヘルニア・腹部腫瘤・ヘルニア仙骨部の異常					
	10.四肢	無・有： 四肢の運動制限・内反足					
	11.神経学的異常	無・有： モロー反射・筋トーンス					
	12.発育性股関節形成不全リスク因子	無・有： ※下記から2項目以上 股関節開排制限・大腿/そけい皮膚溝の非対称・家族歴・ 女兒・骨盤位分娩					
	13.その他の異常	無・有： （ ）					
	14.新生児聴覚検査	正常・精査中（右・左）・未					
	15.先天性代謝異常検査	結果説明済・未					
	16.便色カード	済・未					
	17.ビタミンK2の投与	便色カード（ 番） できている・できていない					
育 児 環 境 等	無・有：母親の心身状態・その他（ ）						
心 配 事	無・有（ ）						
栄 養	良・要指導						
問診No.21～23 チェックの有無	無・有：（ 21・22・23 ）						
子育て支援の必要性	1.特に問題なし 2.保健師による支援が必要 3.その他の支援が必要（ ）						
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（ ）						
健康相談・指導の内容							
特 記 事 項 (要紹介となった場合の結果等)							

上記のとおり、健康診査結果を報告します。

年 月 日

委託医療機関等名  
担当医師名  
担当助産師名