

1か月児健康診査

母子健康手帳No.		住所・ 電話番号	住所
母の氏名			電話 ( )
フリガナ		児の生年月日・ 性別	令和 年 月 日 (性別: 男 ・ 女 )
児の氏名			

受診日: 令和 年 月 日			
身長	体重	頭囲	栄養法
cm	g(増加量 g/日)	cm	1. 母乳 2. 混合 3. 人工乳

診察所見	ア 身体的発育異常	1. なし 2. あり	ケ 腹部・腰背部	1. なし 2. あり (右記項目)	臍: 3. 肉芽 4. ヘルニア 5. 腹部腫瘍 6. そけいヘルニア 7. 仙骨部の異常	
	イ 外表奇形	1. なし 2. あり	コ 四肢	1. なし 2. あり (右記項目)	3. 四肢の運動制限 4. 内反足	
	ウ 姿勢の異常	1. なし 2. あり		1. なし 2. あり (右記項目)	3. モロー反射 4. 筋トーン	
	エ 皮膚	1. なし 2. あり (右記項目)	3. 黄疸 4. 血管腫 5. 色素異常 6. その他	シ 発育的股関節形成不全リスク因子	1. なし 2. あり (右記項目)	※右記4~7のうち2項目以上該当でリスク有とする。 3. 股関節開排制限 4. 大腿/そけい皮膚溝の非対称 5. 家族歴 6. 女兒 7. 骨盤位分娩
	オ 頭部	1. なし 2. あり (右記項目)	3. 頭血腫 4. 頭囲拡大 5. 小頭症 6. 縫合異常	ス その他の異常	1. なし 2. あり ( )	
	カ 顔	1. なし 2. あり (右記項目)	目: 4. 白色瞳孔 5. 角膜混濁 6. 眼瞼の異常等 口: 7. 口唇裂 8. 口蓋裂 耳: 9. 小耳症 10. 副耳 11. 耳瘻孔等	セ 新生児聴覚検査	1. 正常 2. 精査中 ( 右 ・ 左 ) 3. 未実施	
	キ 頸部	1. なし 2. あり (右記項目)	3. 斜頸 4. その他頸部腫瘍	ソ 先天性代謝異常等検査結果説明	1. 済 2. 未実施	
	ク 胸部	1. なし 2. あり (右記項目)	3. 胸部の異常 4. 呼吸の異常 5. 心雑音 6. 不整脈	タ 便色カード ( )番		
				チ ビタミンK2の投与	1. できている 2. できていない	
	判定	1. 異常なし 2. 既医療 3. 要経過観察 4. 要紹介( 要精密 ・ 要医療 )				

紹介先	
-----	--

問診内容	①	お乳をよく飲みますか。	1. はい 2. いいえ
	②	元気な声で泣きますか。	1. はい 2. 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。	1. はい 2. 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。	1. はい 2. いいえ
	⑤	からだがか特に柔らかいか硬いか感じたことがありますか。	1. はい 2. 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。	1. はい 2. 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。	1. はい 2. いいえ
	⑧	裸にすると手足をよく動かしますか。	1. はい 2. いいえ

市町村への連絡事項	1. なし 2. あり ( )
-----------	-----------------

医療機関所在地 医療機関名 医師氏名	
--------------------------	--