

【乳児一般健康診査受診票(医療機関委託)〈表〉】

乳児一般健康診査受診票

受診者番号		4	(3~4月)	市町村コード					交付		
(フリガナ) 乳児氏名				保護者氏名				平成	年	月	日生
居住地											
<p>上記乳児の一般健康診査を依頼します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">殿</p>											
健康診査の所見又は 今後必要な処置	<p style="text-align: center;">別添 健康診査票のとおり</p>										
<p><b>乳児一般健康診査請求書</b></p>											
金					円也						
<p>上記のとおり健康診査に要した費用を請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関コード _____</p>											
市町村コード						<p>保険医療機関等の 所在地及び名称 開設者氏名</p>					
<p>殿</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>											

- ① 太線内は本人が記入してください。  
 ② 受診手続等については、裏面をみてください。  
 ③ 医療機関は、裏面記載のとおり国保連へ請求してください。

## 【乳児一般健康診査受診票(医療機関委託)〈裏〉】

(裏面)

### 乳児のお母さんへ

- 1 生後1年までの乳児は、生後3～4か月の間に、本票により無料で健康診査が受けられます。
- 2 健康診査を受ける時は、保護者記入欄に記入の上、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。  
(県内の医療機関・島根県・岡山県の一部の医療機関で利用できます。詳しくは、市町村(母子保健担当係)におたずねください。)
- 3 健診医が必要と認めた時は、精密検査も無料で受けられます。その手続は市町村(母子保健担当係)でお聞きください。
- 4 この票は、本人以外は使用できません。  
なお、受診票の交付を受けた市町村から引越し等により住民票を移される場合は、受診票を返還するとともに、移転先の市町村役場から改めて受けとってください。

### 医療機関へ

- 1 本票による健康診査の費用は、受診者から徴収しないで、2の方法により請求してください。
- 2 費用の請求については、1か月分を取りまとめ、この受診票及び請求書に健康診査票と「妊婦乳児一般健康診査費請求書総括表」を添えて、翌月10日までに鳥取県国民健康保険団体連合会(〒680-0061 鳥取市立川町六丁目176)に送付してください。

# 【3～4か月児健康診査票〈表〉】

健診日：平成 年 月 日  
(満 月 日)

## 3～4か月児健康診査票

1. 医療機関用

・この枠内の項目を記入し、健診時に持参してください。

フリガナ				整理番号			
乳児氏名		男 女	平成	年	月	日生	保護者名
		(第 子)					父 母
住 所		自宅の電話番号 ( - )			アンケート記入		父・母・祖母・祖父・( )
		日中の連絡先					
1. 泣いた時や、お乳を飲ませる時、顔やくちびるが紫色になることがありますか。 1. いいえ 2. はい 3. わからない 2. 泣くとそりかえったり、抱きにくいということがありますか。 1. いいえ 2. はい 3. わからない 3. 首は座っていますか。 1. はい ( か月頃) 2. いいえ 3. わからない 4. あおむけから横向きに半分ねがえりますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない 5. あやすと声を出して笑いかえますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない 6. あおむけで、動くものを目で追いますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない 7. 両手をあわせて遊びますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない 8. 手・指を口にもっていき、なめたりしますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない 9. ガラガラをもたせると、しばらくの間もっていますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない 10. 見えないほうから声をかけると、そちらを向きますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない 11. これまで病気で入院したことがありますか。 1. いいえ 2. はい ( ) 12. 治療中の病気や、経過をみてもらっている病気はありますか。 1. いいえ 2. はい ( ) 13. ひきつけたことがありますか。 1. いいえ 2. はい (熱があつて・熱がなくて・泣いていて) 14. 予防接種は受けましたか。 1. いいえ 2. はい (1. BCG 2. ポリオ 3. 三種混合) 15. 現在の栄養状況を記入してください。 母乳(1日に約 回) ミルク(約 ccを1日に約 回) お乳を吐きますか。(しばしば・ときどき・たまに) 果汁(飲む cc/日・飲まない・飲ませていない) 野菜スープ(飲む cc/日・飲まない・飲ませていない) 16. お子さんの昼間の保育者は主にどなたですか。 1. 母 2. 父 3. 祖母 4. 祖父 5. ( ) 保育所 B他( ) 17. 育児を楽しんでいると思いますか。 1. 楽しい 2. ときどき楽しくない 3. あまり楽しくない (どんなときですか ) 18. お子さんにいきいきと話しかけていますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない 19. 育児をするうえで家族や保健師、地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい ( ) 20. 今日、相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい (どんなことですか ) 21. 妊娠中、分娩時、新生児期の状況についてあてはまるものに○印を、( )内は数字・文字をご記入ください。 妊 娠 中：蛋白尿・浮腫・高血圧・糖尿・貧血・切迫流産・他( ) 特になし 分 娩 時：在胎週数( 週)または( か月) 体重( g) 身長( cm) 胸囲( cm) 頭囲( cm) 問題なし・多胎・帝王切開・前期破水・分娩遅延・骨盤位・臍帯巻絡・吸引・子癇・胎児仮死・他( ) 不明 出 生 時：アプガー( 点)または仮死(有・無・不明) 新生児期：退院( 日目)退院時体重( g)保育器( 日)治療(薬： 薬： 薬： ) 問題なし・黄疸強・光線療法・けいれん発作・嘔回嘔吐・酸素使用有・他( ) 不明							

### 計 測

体重 (g) \_\_\_\_\_ g 身長 (cm) \_\_\_\_\_ cm 胸囲 (cm) \_\_\_\_\_ cm 頭囲 (cm) \_\_\_\_\_ cm

### 健診結果

1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中(どこで ) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中(どこで )  
紹介先・内容 ( )

### 診 察

1. 栄養・体格 ふつう  (体重増加不良・他 )
2. 皮 膚 ふつう  (湿疹・アトピー性皮膚炎・血管腫(痔状、その他、部位 )・カフエオーレ斑(1cm×6以上)・白癩・貧血・チアノーゼ)
3. 頭 部 ふつう  (大頭・小頭・頭部変形・頭蓋ろう・大泉門開大( cm× cm) )
4. 顔 部 ふつう  (顔貌異常・口蓋裂・高口蓋・斜頸・聴覚異常・眼瞼下垂・斜視・眼振・追視しない・他 )
5. 胸 部 ふつう  (心雑音 /VI部位( )・不整脈・喘鳴・胸郭異常(ロート胸・鳩胸、その他)・乳房腫大)
6. 腹 部 ふつう  (ヘルニア(臍・そけい)・肝腫大( cm)・脾腫( cm) )
7. 股・外陰部 ふつう  (股関節開排制限(右・左・両)・下肢長差・しわの左右差・竹留丸・陰のう水腫・精索水腫・小陰唇癒着)
8. 姿勢・運動 ふつう  (活動性低下・低緊張・そり返り・頸定のおくれ・運動過多・片麻痺・他 )
9. ま と め ふつう  (身体上の留意点・発達上の留意点・保育環境上の留意点 )

医療機関及び医師名：

### 健診結果要約

--



# 【6か月児健康診査票〈表〉】

健診日：平成 年 月 日  
(満 月 日)

## 6か月児健康診査票 (6～7か月)

No. \_\_\_\_\_

この枠内の項目を記入のうえ、健診を受けてください。  
お子さんの健康状態を知るためのものです。あてはまる番号に○印を、( )内には文字・数字を記入してください。

フリガナ		生年月日	年 月 日生	整理番号					
乳児氏名	(第 子)	性別	男・女	保護者名	父				
					母				
住 所	電話番号 ( - )			アンケート記入者					
	昼間の連絡先			1	2	3	4	5	
				父	母	祖父	祖母	( )	

  

1. 同居の家族について記入してください。	1. 兄 ( ) 歳 2. 姉 ( ) 歳 3. 祖父 4. 祖母 B. 他 ( )
2. お子さんの昼間の保育者は主にどなたですか。	1. 母 2. 父 3. 祖母 4. 祖父 5. ( ) 保育所 B. 他 ( )
3. これまで事故で医療機関を受診したことがありますか。	1. いいえ 2. はい (転倒・転落・異物誤飲(タバコ・他 ) )・熱傷・他 ( )
4. これまで病気で入院したことがありますか。	1. いいえ 2. はい ( )
5. 治療中の病気や経過をみてもらっている病気がありますか。	1. いいえ 2. はい ( )
6. ひきつけたことがありますか。	1. いいえ 2. 熱があって ( 回 ) 3. 熱がなくて ( 回 ) 4. 泣いていて ( 回 )
7. 食物アレルギーといわれたことがありますか。	1. いいえ 2. はい (卵白・卵黄・大豆・牛乳・他 )
8. 予防接種は受けましたか。	1. いいえ 2. はい (1. BCG 2. ポリオ ( 回 ) 3. 三種混合 ( 回 ) )
9. 聴力について心配したことがありますか。	1. いいえ 2. はい (何を： )
10. 視力・目つきなどで心配したことがありますか。	1. いいえ 2. はい (何を： )
11. お子さんの寝顔をみて気持ちがなごみますか。	1. はい 2. いいえ
12. 現在の母乳及びミルクの量を記入して下さい。	(母乳 回/日 ミルク ccX 回/日)
13. 離乳食の内容を具体的に記入して下さい。 開始時期 ( 月頃 ) 現在の回数 ( 回/日 ) おかゆなどの量 ( ) 例：子ども茶わん 1/2、5さじなど おかゆの種類 ( ) 例：卵、豆腐、白身魚、人参など その他 ( ) 例：果物、菓子類	
14. お子さんの今の状態について、おたずねします。	
①首は何か月ごろしっかりすわりましたか。 (1. 月ごろ 2. まだ 3. わからない)	②あおむけでいる時、おしめをはずしたりすると手で足をつかみますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)
③腹ばいさせた時、どの姿勢をしていますか。 1.  2.  3.  4.	④あおむけからうつぶせに自分で寝がえることがありますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑤おすわりさせた時、どの姿勢をしていますか。 1.  2.  3.	⑥膝の上に立たせると足をつっぱりますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑦手を伸ばしておもちゃをつかみますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)	⑧おもちゃを振り鳴らしたり、打ちつけたりして遊ぶことがありますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑧大きなおもちゃを両手でつかみますか。 (例：直径15cmくらいのボールなど) (1. はい 2. いいえ 3. わからない)	⑨一方の手からもう一方の手におもちゃを持ちかえますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑨あやされると声をだして笑いますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)	⑩お母さんをみて、赤ちゃんが話しかけるように声をだしますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑩後ろから名前を呼ぶと振り向きませんか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)	
15. 育児を楽しんでいると思いますか。 1. 楽しい 2. ときどき楽しくない 3. あまり楽しくない (どんなときですか )	
16. 育児をするうえで家族や保健師・地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい (父親の育児参加・育児の仲間づくり・他 )	
17. 今日相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい (どんなことですか )	

14  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13

保健師・栄養士等記入欄

事後 0. なし 1. あり

記入者名：

要約

# 【6か月児健康診査票〈裏〉】

栄養指導： 有 ・ 無

乳児氏名

No.

(問診聴取：父 母 祖父 祖母 他)

## 問 診

1. 分娩：在胎週数 1. 在胎 (1. 週) または (2. か月)  
 出生時計測値 1. 体重 ( g ) 2. 身長 ( cm ) 3. 胸囲 ( cm ) 4. 頭囲 ( cm )  
 分娩時の状況 0. なし 1. 多胎 2. 帝王切開 3. 前期破水 4. 分娩遅延 5. 骨盤位 6. 臍帯巻絡 7. 吸引  
 8. 子癇 9. 胎児仮死 B. 他 ( ) A 不明
2. 新生児：出生時 1. アプガー ( 点 ) 2. 不明のとき ( 1. 仮死なし 2. 仮死あり 3. 不明 )  
 新生児期の状況 退院 ( 日数 ) 退院時体重 ( g ) 未熟児センター ( 病院 ) 保育器 ( 日 )  
 治療 0. なし 1. あり ( 内容： 診断名： 医療機関 )  
 0. なし 1. 黄疸強 2. 光線療法 3. けいれん発作 4. 頻回嘔吐 5. 酸素使用有 B. 他 A 不明
3. 健診での指摘事項 0. なし 1. 未受診 2. あり ( ) A 不明
4. 運動発達の状況 1. 首すわり ( か月 ) 2. ねがえり ( か月 ) 3. おすわり ( か月 )
5. 既往歴 0. なし 1. あり ( ) けいれん回数 ( 回 )
6. 栄養 1. 母乳 ( か月まで ) 2. ミルク ( か月から ) 3. 離乳食 ( か月から )
7. 問診のまとめ 0. ふつう

保健師：

## 計 測

	(97%)	90%	男	10%	(3%)	(97%)	90%	女	10%	(3%)
体重 (g)	6か月	(9,630)	9,090	7,060	(6,540)	(9,230)	8,610	6,530	(6,070)	
	7か月	(10,050)	9,420	7,380	(6,860)	(9,520)	8,920	6,800	(6,310)	
	8か月	(10,440)	9,800	7,660	(7,140)	(9,800)	9,230	7,040	(6,530)	
身長 (cm)	6か月	(72.6)	71.2	65.6	(64.0)	(71.0)	69.6	63.9	(62.5)	
	7か月	(74.0)	72.5	66.9	(65.4)	(72.3)	71.0	65.2	(63.8)	
	8か月	(75.4)	73.7	68.1	(66.6)	(73.6)	72.3	66.5	(65.0)	
頭囲 (cm)	6か月	(46.0)	45.2	41.9	(41.1)	(44.9)	44.0	40.9	(40.1)	
	7か月	(46.6)	45.8	42.5	(41.8)	(45.5)	44.6	41.4	(40.6)	
	8か月	(47.1)	46.4	43.0	(42.3)	(46.0)	45.1	41.9	(41.1)	

## 健診結果

1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中(どこで ) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中(どこで )  
 紹介先・内容 ( )

## 診 察

1. 栄養・体格  ふつう  (体重増加不良・他 )
2. 皮膚  ふつう  (湿疹・アトピー・血管腫(蕁状・他 )・部位 )・カフェオーレ斑 (1cm<sup>2</sup>×6個以上)  
 白斑・貧血・チアノーゼ・他 )
3. 頭 部  ふつう  (大頭・小頭・頭部変形・頭蓋ろう・大泉門開大 ( × cm )・他 )
4. 顔 部  ふつう  (眼振・斜視・眼瞼下垂・斜頸・難聴・口蓋裂・高口蓋・他 )
5. 胸 部  ふつう  (心雑音 /VI (部位： )・喘鳴・胸郭異常 (ロート胸・はと胸・他 )・乳房腫大・他 )
6. 腹 部  ふつう  (ヘルニア(臍・そけい)・肝腫大 ( cm )・脾腫 ( cm )・他 )
7. 股・外陰部  ふつう  (股関節開排制限(右・左)・下肢長差・しわの左右差・停留睾丸・陰のう水腫・精索水腫・  
 小陰唇癒着・他 )
8. 姿勢・運動  ふつう  (低緊張・そり返り・おくれ・片麻痺・他 )
9. ま と め  ふつう  (身体上の留意点・発達上の留意点・保育環境上の留意点 )

医療機関名及び医師名：

健診結果

【乳児一般健康診査受診票(医療機関委託)〈表〉】

乳児一般健康診査受診票

受診者番号		5	(9~10月)	市町村コード						交付	
(フリガナ) 乳児氏名				保護者氏名				平成	年	月	日生
居住地											
<p>上記乳児の一般健康診査を依頼します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">殿</p>											
健康診査の所見又は 今後必要な処置	<p style="text-align: center;">別添 健康診査票のとおり</p>										
<p><b>乳児一般健康診査請求書</b></p> <p>金 <input type="text"/> 円也</p> <p>上記のとおり健康診査に要した費用を請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関コード _____</p> <p>市町村コード <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">保険医療機関等の 所在地及び名称 開設者氏名</p> <p style="text-align: center;">殿</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>											

- (注) 1 太線内は本人が記入してください。  
 2 受診手続等については、裏面をみてください。  
 3 医療機関は、裏面記載のとおり国保連へ請求してください。

## 【乳児一般健康診査受診票(医療機関委託)〈裏〉】

(裏面)

### 乳児のお母さんへ

- 1 生後1年までの乳児は、生後9～10か月の間に、本票により無料で健康診査が受けられます。
- 2 健康診査を受ける時は、保護者記入欄に記入の上、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。  
(県内の医療機関・島根県・岡山県の一部の医療機関で利用できます。詳しくは、市町村(母子保健担当係)におたずねください。)
- 3 健診医が必要と認めた時は、精密検査も無料で受けられます。その手続は市町村(母子保健担当係)でお聞きください。
- 4 この票は、本人以外には使用できません。  
なお、受診票の交付を受けた市町村から引越し等により住民票を移される場合は、受診票を返還するとともに、移転先の市町村役場から改めて受けとってください。

### 医療機関へ

- 1 本票による健康診査の費用は、受診者から徴収しないで、2の方法により請求してください。
- 2 費用の請求については、1か月分を取りまとめ、この受診票及び請求書に健康診査票と「妊婦乳児一般健康診査費請求書総括表」を添えて、翌月10日までに鳥取県国民健康保険団体連合会(〒680-0061 鳥取市立川町六丁目176)に送付してください。



【9～10か月児健康診査票〈表〉】

健診日：平成 年 月 日  
(満 か月 日)

9～10か月児健康診査票

1. 医療機関用

・この枠内の項目を記入し、健診時に持参してください。

				整理番号				
フリガナ		男 女	平成 年 月 日生	保護者名	父			
乳児氏名	(第 子)				母			
住 所	自宅の電話番号 ( - ) 日中の連絡先			アンケート記入	父・母・祖母・祖父・( )			

1. 一人で座ることができますか。 1. はい( か月頃) 2. いいえ 3. わからない  
 2. はいはいをしますか。 1. はい( か月頃) 2. いいえ 3. わからない  
 右の3つのうちあてはまるものに○をしてください。  
 1.  2.  3. 

3. 自分でつかまって立ち上がりますか。 1. はい( か月頃) 2. いいえ 3. わからない  
 4. 指で小さいものをつかみますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない  
 5. 耳の聞こえで心配したことがありますか。 1. いいえ 2. はい (何を: )  
 6. 視力・目つきで心配したことがありますか。 1. いいえ 2. はい (何を: )  
 7. 動作を見てまねることができますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない  
 8. ママ、パパなど人のことばをまねて言いますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない  
 9. 「いけません」というと、ちょっと手をひっこめて親の顔を見ますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない  
 10. これまで事故で医療機関を受診したことがありますか。 1. いいえ 2. はい (転倒・転落・異物誤飲・熱傷・他 )  
 11. これまで病気で入院したことがありますか。 1. いいえ 2. はい (何を: )  
 12. 治療中の病気や、経過をみてもらっている病気はありますか。 1. いいえ 2. はい ( )  
 13. ひきつけたことがありますか。 1. いいえ 2. はい (熱があつて・熱がなくて・泣いていて)  
 14. 予防接種は受けましたか。 1. いいえ 2. はい (BCG 2ポリオ ( 回) 3三種混合 ( 回))  
 15. 現在の母乳およびミルクの量と回数を記入してください。  
 母乳 (1日に約 回) ミルク (約 ccを1日に約 回)  
 16. 離乳食の状況を記入してください。  
 離乳食 (1日に 回) 種類 ( ) 食べ方 (順調・少食・むら食い・偏食・他 )  
 17. お子さんの昼間の保育者は主にどなたですか。 1.母 2.父 3.祖母 4.祖父 5.( )保育所 B.他( )  
 18. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。 1. はい(丈夫の母・実母・友達・かかりつけの小児科医・保育士・保健師・他 ) 2. いいえ  
 19. 母親同士等集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。 1. はい 2. いいえ  
 20. 育児は楽しいと思えますか。 1. 楽しい 2. ときどき楽しくない 3. あまり楽しくない  
 21. 育児をするうえで家族や保健師、地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい ( )  
 22. 今日、相談したいこと、心配なことがありますか。  
 1. いいえ 2. はい ( )  
 23. 妊娠中、分娩時、新生児期の状況についてあてはまるものに○印を、( )内は数字・文字をご記入ください。  
 妊 娠 中：蛋白尿・浮腫・高血圧・糖尿・貧血・切迫流産・他 ( ) 特になし  
 分 娩 時：在胎週数 ( 週) または ( か月)  
 体重 ( g) 身長 ( cm) 胸囲 ( cm) 頭囲 ( cm)  
 問題なし・多胎・帝王切開・前期破水・分娩遅延・骨盤位・臍帯巻絡・吸引・子癇・胎児仮死・他 ( ) 不明  
 新生児期：退院 ( 日目) 退院時体重 ( g) 保育器 ( 日) 治療 (内容: 診断名: 医療機関: )  
 問題なし・黄疸強・光線療法・けいれん発作・頻回嘔吐・酸素使用有・他 ( ) 不明

計 測 体重 (g) \_\_\_\_\_ g 身長 (cm) \_\_\_\_\_ cm 胸囲 (cm) \_\_\_\_\_ cm 頭囲 (cm) \_\_\_\_\_ cm

健診結果 1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中 (どこで ) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中 (どこで )  
紹介先・内容 ( )

診 察

1. 栄養・体格 ふつう  (体重増加過多・体重増加不良・身長発育過剰・身長発育劣化・他 )  
 2. 皮 膚 ふつう  (湿疹・アトピー性皮膚炎・血管腫(痔状その他、部位 )・カフェオール斑(1cm<sup>2</sup>×6以上)・貧血・チアノーゼ他 )  
 3. 頭 部 ふつう  (大頭・小頭・頭部変形・頭蓋ろう・大泉門開大 ( cm× cm) ・他 )  
 4. 顔 部 ふつう  (顔貌異常・口蓋裂・高口蓋・斜頸・聴覚異常・眼瞼下垂・斜視・眼振・追視しない・他 )  
 5. 胸 部 ふつう  (心雑音 /VI (部位 )・不整脈・喘鳴・胸郭異常 (ロート胸・鳩胸・その他)・乳房腫大・他 )  
 6. 腹 部 ふつう  (ヘルニア (臍・そけい)・肝腫大 ( cm)・脾腫 ( cm) ・他 )  
 7. 股・外陰部 ふつう  (股関節開排制限・下肢長差・しわの左右差・停留嚔丸・陰のう水腫・精索水腫・小陰唇癒着・他 )  
 8. 姿勢・運動 ふつう  (四肢の動き・低緊張・そりかえり・おくれ・片麻痺・他 )  
 9. ま と め ふつう  (身体上の留意点・発達状の留意点・保育環境上の留意点 )

医療機関及び医師名:

健診結果要約



# 【1歳6か月児健康診査票〈表〉】

健診日：平成 年 月 日  
(満 1歳 か月)

## 1歳6か月児健康診査票

No

この枠内の項目を記入のうえ、健診を受けてください。

お子さんの健康状態を知るためのものです。あてはまる番号に○印を、( )内には文字・数字を記入してください。

フリガナ				生年月日		年 月 日生		整理番号	
幼児氏名				(第 子)		性別		保護者名	
住 所				電話番号 ( - )				アンケート記入者	
昼間の連絡先				1		2		3 4 5	
				父		母		祖父 祖母 ( )	
<p>1. 同居の家族について記入してください。 1兄( )歳 2姉( )歳 3弟・妹( )歳 4祖父 5祖母 B. 他( )</p> <p>2. おもにお子さんをみている方はどなたですか。 1母 2父 3祖母 4祖父 5( )保育所 B. 他( )</p> <p>3. これまで事故で入院したことがありますか。 1いいえ 2はい (転倒・転落・異物誤飲・熱傷・溺水・他)</p> <p>4. これまで病気で入院したことがありますか。 1いいえ 2はい ( )</p> <p>5. 治療中の病気や経過をみてもらっている病気がありますか。 1いいえ 2はい ( )</p> <p>6. 現在、食物アレルギーで指導や治療を受けていますか。 1いいえ 2はい (卵白・卵黄・大豆・牛乳・他)</p> <p>7. ひきつけたことがありますか。 1いいえ 2熱があって( 回) 3熱がなくて( 回) 4泣いていて( 回)</p> <p>8. 予防接種は受けましたか。 1いいえ 2はい (1BCG 2ポリオ( 回) 3三種混合( 回) 4麻しん(はしか) 5風しん A. 不明)</p> <p>9. 聴力について心配したことがありますか。 1いいえ 2はい (何を: )</p> <p>10. 視力・目つきなどで心配したことがありますか。 1いいえ 2はい (何を: )</p> <p>11. 歩き方について心配がありますか。 1いいえ 2はい ( )</p> <p>12. 困ったくせがありますか。 1いいえ 2はい (具体的に: )</p> <p>13. 偏食、少食、むら食いなどの心配がありますか。 1いいえ 2はい (何を: )</p> <p>14. おやつ回数、量を決めていますか。 1はい ( 回) 2いいえ</p> <p>15. 母乳を与えていますか。 1いいえ 2はい (たまに・ときどき・毎日)</p> <p>16. 哺乳瓶を使っていますか。 1いいえ 2はい (たまに・ときどき・毎日)</p> <p>17. 排便のしつけを始めていますか。 1はい 2いいえ</p> <p>18. 歯磨きをしていますか。 1はい 2いいえ</p> <p>19. 朝おきる時間と夜やすむ時間をかいてください。 1( )時頃起きる 2( )時頃やすむ</p> <p>20. 近所に同じ年頃の遊び友達がありますか。 1はい 2いいえ</p> <p>21. テレビはどのくらいみえていますか。 1ときどきみている 2みせていない 3いつもみている</p> <p>22. お子さんの今の状態について、おたずねします。</p> <p>①走りますか。(小走りで5メートルくらい) ②10センチほどの高さ(段)を手をつないで上がれますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>③まねして積み木やブロックを重ねますか。 ④まねしてコップからコップへ水を移しますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑤食事をスプーンなどで食べたがりですか。 ⑥動物や乗り物など簡単な絵本を読んでもらうことを好みますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑦母親が片付けなどをしていると一緒になって物を取ったりしてくれますか。 ⑧兄弟と遊んだり、手をつないで歩いたりしますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑨マンマ、プーピー、パパなど意味のあることばをいいますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑩「新聞を持ってきて」などの簡単な命令を実行しますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑪犬や車を見た時「ワンワンどこ?」「プーピーどこ?」などとたずねると指さししますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑫絵や写真で「ワンワンどれ?」などとたずねると指さしますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>23. 育児を楽しんでいると思いますか。 1. 楽しい 2. ときどき楽しくない 3. あまり楽しくない (どんなときですか)</p> <p>24. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。 1. はい (夫・夫の母・実母・友達・かかりつけの小児科医・保育士・保健師・他) 2. いいえ</p> <p>25. 母親同士等集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。 1. はい 2. いいえ</p> <p>26. 育児をするうえで家族や保健師・地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい (父親の育児参加・育児の仲間づくり・他)</p> <p>27. 今日相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい ( )</p>									

保健師・栄養士等記入欄

事後 0. なし 1. あり

記入者名:

要約

# 【1歳6か月児健康診査票〈裏〉】

栄養指導： 有 ・ 無

幼児氏名

No

(問診聴取：父 母 祖父 祖母 他)

## 問 診

1. 運動発達 1. 首すわり ( か月) 2. 四つばい ( か月) 3. 歩行開始 ( か月) A 不明  
 2. 乳児健診での指摘事項 0. なし 2. 未受診 3. あり ( ) A 不明  
 3. ことば 1. 有意語1つ以内 2. 有意語2つ 3. 有意語3つ以上 4. 2語文可 5. 会話理解困難 A 不明  
 4. 既往歴 0. なし 1. 麻疹 2. 風疹 3. 水痘 4. 流行性耳下腺炎 5. 百日咳 A 不明  
 6. 突発性発疹 7. 喘息 8. アトピー B. 他 ( )  
 5. 生活習慣等の状況 0. なし 1. くせ ( ) 2. 食生活(時間、偏食、おやつ、母乳、哺乳ビン、他)  
 3. しつけ(排排便、歯みがき、就寝、他 ) 4. 環境(友達、TV、他 ) A 不明

問診のまとめ

保健師：

## 計 測

		男		女	
		(97%)	90%	10%	(3%)
体重 (kg)	1歳6か月	(13.1)	12.2	9.4	(8.8)
	7か月	(13.4)	12.4	9.5	(9.0)
	8か月	(13.6)	12.7	9.7	(9.1)
身長 (cm)	1歳6か月	(87.1)	85.2	77.9	(76.4)
	7か月	(88.0)	86.1	78.7	(77.1)
	8か月	(88.9)	86.9	79.5	(77.9)
頭囲 (cm)	1歳6か月	(50.6)	49.6	45.7	(44.8)
	7か月	(50.8)	49.8	45.8	(44.9)
	8か月	(51.0)	50.0	46.0	(45.1)

## 健診結果

1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中(どこで ) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中(どこで )  
 紹介先・内容 ( )

## 診 察

1. 栄養・身体 ふつう  (ふとりすぎ・やせすぎ・小柄・便秘・他 )  
 2. 行動・受診態度 ふつう  (多動・無関心・奇声・怖がる・視線が合いにくい・寡動・他 )  
 3. 言 語 ふつう  (遅滞・理解困難・他 )  
 4. 頭・顔・口 ふつう  (貧血・大頭・小頭・斜頸・他 )  
 5. 胸・腹・外性器 ふつう  (心雑音 /VI(部位: )・肝腫大( cm)・胸郭異常(ロート胸・はと胸・他 )  
 ヘルニア(臍・そけい)・脾腫( cm)・乳房腫大・他 )  
 6. 皮 膚 ふつう  (湿疹・アトピー・血管腫(蕁状・他 部位 )・カフェオーレ斑(1cm<sup>2</sup>×6コ以上)・他 )  
 7. 眼 ・ 耳 ふつう  (斜視・眼振・難聴・眼瞼下垂・他 )  
 8. 四肢・運動機能 ふつう  (O脚・X脚・内反足・麻痺・遅滞・他 )  
 9. ま と め ふつう  (身体上の留意点・発達上の留意点。保育環境上の留意点 )

医療機関名及び医師名：

健診結果

## 歯 科

- まとめ 1. 問題なし 2. 要指導 3. 要観察 4. 要治療 5. 治療中

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

〈記入記号〉

現在歯 / サホライド処置 サ  
 喪失歯 △ 癒合歯 =  
 処置歯 ○ 形成不全 P  
 う歯 C (軽度のう歯)  
 Ch (進行したう歯)  
 要観察歯 C0

- 歯の清掃不良 1. なし 2. あり  
 う蝕の罹患型 1. O<sub>1</sub> 2. O<sub>2</sub> 3. A 4. B 5. C  
 生歯数 ( ) 本 (未処置歯 本、処置歯 本)  
 咬合の異常 1. なし 2. あり (反対咬合、開咬、その他 )  
 軟組織の異常 1. なし 2. あり ( )  
 その他の異常 1. なし 2. あり (指しゃぶり、その他 )

ブラークスコア

計			

指導要項

歯科衛生士：

歯科医師：

# 【3歳児健康診査票〈表〉】

健診日：平成 年 月 日  
(満 3歳 か月)

## 3歳児健康診査票

№

この枠内の項目を記入のうえ、健診を受けてください。  
お子さんの健康状態を知るためのものです。あてはまる番号に○印を、( ) 内には文字・数字を記入してください。

フリガナ	生年月日	年 月 日生	整理番号					
幼児氏名	(第 子)	性別	男・女	保護者名	父			
					母			
住 所	電話番号 ( - )			アンケート記入者				
	昼間の連絡先			1	2	3	4	5
				父	母	祖父	祖母	( )
<p>1. 同居の家族について記入してください。 1.兄( )歳 2.姉( )歳 3.弟・妹( )歳 4.祖父 5.祖母 B. 他( )</p> <p>2. お子さんの昼間の保育者は主にどなたですか。 1.母 2.父 3.祖母 4.祖父 5.( )保育所 B. 他( )</p> <p>3. これまで事故で入院したことがありますか。 1.いいえ 2.はい (転倒・転落・異物誤飲・熱傷・溺水・他)</p> <p>4. これまで病気で入院したことがありますか。 1.いいえ 2.はい ( )</p> <p>5. 治療中の病気や経過をみられている病気がありますか。 1.いいえ 2.はい ( )</p> <p>6. 現在、食物アレルギーで指導や治療を受けていますか。 1.いいえ 2.はい (卵白・卵黄・大豆・牛乳・他)</p> <p>7. ひきつけたことがありますか。 1.いいえ 2.熱があつて( 回) 3.熱がなくて( 回) 4.泣いていて( 回)</p> <p>8. 予防接種は受けましたか。 1.いいえ 2.はい (IBC 2.ポリオ( 回) 3.三種混合( 回) 4.麻しん(はしか) 5.風しん 6.日脳( 回) A. 不明</p> <p>9. 遊び友達がありますか。 1.はい (よく遊ぶ・たまに遊ぶ) 2.いいえ (遊び相手は: )</p> <p>10. 朝おきる時間と夜やすむ時間をかいてください。 1.( )時頃起きる 2.( )時頃やすむ</p> <p>11. 偏食、少食、むら食、間食などの心配がありますか。 1.いいえ 2.はい ( )</p> <p>12. よく噛んで食べる習慣がありますか。 1.はい 2.いいえ ( )</p> <p>13. 便秘について心配なことがありますか。 1.いいえ 2.はい ( )</p> <p>14. 歯磨きは大人が毎日仕上げをしていますか。 1.はい 2.ときどきしている 3.していない</p> <p>15. お子さんのしつけについて不安がありますか。 1.いいえ 2.ときどき 3.いつもある 4.わからない</p> <p>16. お母さんに対して、お子さんは反抗しますか。 1.ときどきする 2.しない 3.いつもする 4.わからない</p> <p>17. お子さんの今の状態について、おたずねします。</p> <p>①片足で2～3秒立てますか。 ②でんぐり返しができますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない) (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>③まねして○を書きますか。 ④はしを使って食事をしますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない) (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑤手を洗ったら自分で手をふきますか。 ⑥おもちゃのおかたづけができますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない) (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑦一人でパンツがはけますか。 ⑧ひとりでおしっこに行っていますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない) (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑨自分の名前(姓も、名前も)を言えますか。 ⑩ぼく、わたしを使いますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない) (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑪友達を○○ちゃんなど呼びますか。 ⑫赤、青、緑、黄色のうち3つの色がわかりますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない) (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>18. 育児を楽しんでいると思いますか。 1. 楽しい 2. ときどき楽しくない 3. あまり楽しくない (どんなときですか)</p> <p>19. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。 1. はい (夫・夫の母・実母・友達・かかりつけの小児科医・保育士・保健師・他) 2. いいえ</p> <p>20. 母親同士等集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。 1. はい 2. いいえ</p> <p>21. 育児をするうえで家族や保健師・地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい (父親の育児参加・育児の仲間づくり・他)</p> <p>22. 今日相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい ( )</p>								

17  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

保健師・栄養士等記入欄  
記入者名:

事後 0. なし 1. あり

要約

# 【3歳児健康診査票〈裏〉】

栄養指導： 有 ・ 無

幼児氏名

No.

(問診聴取：父 母 祖父 祖母 他)

## 問 診

1. 乳児健診での指摘事項 0. なし 2. 未受診 3. あり ( ) A不明
  2. 1歳6か月児健診での指摘事項 0. なし 2. 未受診 3. あり ( ) A不明
  3. 既往歴 0. なし 1. 麻疹 2. 風疹 3. 水痘 4. 流行性耳下腺炎 5. 百日咳  
6. 突発性発疹 7. 喘息 8. アトピー B. 他 ( ) A不明
  4. ことば 1. N 2. 有意語未 3. 単語5個以内 4. 2語文未 5. 会話理解困難 6. 構音障害 A不明
  5. 行 動 1. N 2. 落ち着きがない 3. 親と遊べない
  6. 生活習慣等の状況 0. なし 1. くせ ( ) 2. 食生活 (時間、偏食、おやつ、母乳、哺乳ビン、他)  
3. しつけ (排便、歯みがき、就寝、他 ) 4. 環境 (友達、TV、他 ) A不明
  7. 今日は誰とここへ来ましたか  
1. 理解できる 2. できない 3. やってこない
- 問診のまとめ 0. ふつう  
保健師：

検 尿 尿糖 (1-・2±・3+) 尿蛋白 (1-・2±・3+) 尿潜血 (1-・2±・3+) 白血球反応 (1-・2±・3+) 亜硝酸塩 (1-・2±・3+)

計 測	(97%)		男	10%		女	10%	
	90%	10%		(3%)	(3%)			
体重 (kg)	3歳~3歳6か月 (18.0)	16.4		12.3	(11.6)		11.9	(11.1)
	3歳6か月~4歳 (19.3)	17.6		13.1	(12.3)		12.8	(11.9)
身長 (cm)	3歳~3歳6か月 (102.2)	99.7		89.9	(88.2)		89.2	(87.3)
	3歳6か月~4歳 (106.1)	103.6		93.3	(91.5)		92.6	(90.7)
頭囲 (cm)	3歳~3歳6か月 (52.4)	51.6		47.7	(46.7)		46.7	(45.7)
	3歳6か月~4歳 (52.8)	51.9		48.1	(47.1)		47.1	(46.2)

健診結果 1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中 (どこで ) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中 (どこで )  
紹介先・内容 ( )

## 診 察

1. 栄養・身体  ふつう  (ふとりすぎ・やせすぎ・小柄・便秘・他 )
2. 行動・受診態度  ふつう  (多動・無関心・奇声・怖がる・視線が合いにくい・寡動・他 )
3. 言 語  ふつう  (遅滞・理解困難・構音障害・どもる・他 )
4. 頭・顔・口  ふつう  (貧血・大頭・小頭・斜頸・他 )
5. 胸・腹・外性器  ふつう  (心雑音 /VI (部位: )・肝腫大 ( cm)・胸郭異常 (ロート胸・はと胸・他 )  
ヘルニア (臍・そけい)・脾腫 ( cm)・乳房腫大・他 )
6. 皮 膚  ふつう  (湿疹・アトピー・血管腫 (瘻状・他 )・部位 )・カフェオレ斑 (1cm<sup>2</sup>×6コ以上)・他 )
7. 眼 ・ 耳  ふつう  (斜視・眼振・難聴・眼瞼下垂・他 )
8. 四肢・運動機能  ふつう  (O脚・X脚・内反足・麻痺・遅滞・他 )
9. ま と め  ふつう  (身体上の留意点・発達上の留意点・保育環境上の留意点 )

医療機関名及び医師名：

健診結果

## 歯 科

まとめ 1. 問題なし 2. 要指導 3. 要観察 4. 要治療 5. 治療中

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		

### 〈記入記号〉

現在歯 / サライド処置 サ  
喪失歯 △ 癒合歯 =  
処置歯 ○ 形成不全 P  
う 歯 C (軽度のう歯)  
Ch (進行したう歯)  
要観察歯 C0

歯の清掃不良 1. なし 2. あり  
う蝕の罹患型 1. O 2. A 3. B 4. C<sub>1</sub> 5. C<sub>2</sub>  
生歯数 ( ) 本 (未処置歯 \_\_\_\_\_ 本、処置歯 \_\_\_\_\_ 本)  
咬合の異常 1. なし 2. あり (反対咬合、開咬、その他 \_\_\_\_\_ )  
軟組織の異常 1. なし 2. あり (小帯 \_\_\_\_\_ 歯肉 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_ )  
その他の異常 1. なし 2. あり (指しゃぶり、その他 \_\_\_\_\_ )

### 両親のむし歯の状況

父 1. なし 2. あり  
母 1. なし 2. あり

### 指導要項

歯科衛生士：

歯科医師：

【妊婦、乳児、1歳6か月児、3才児 精密健康診査受診申請書(医療機関委託)】

妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児 精密健康診査受診申請書

妊婦氏名		昭和 年 月 日生
乳幼児氏名		平成 年 月 日生
居住地		
申請理由		
<p>上記により 妊婦 精密健康診査の受診の申請をします。 乳幼児</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">殿</p>		

注) 妊婦精密健康診査、乳幼児精密健康診査のうち該当するものを○で囲むこと。

【妊婦精密健康診査受診票（医療機関委託）】

妊婦精密健康診査受診票（医療機関委託健康診査）

No.

妊婦氏名	昭和 年 月 日生 ( 歳)	被保険者証等の 記号及び番号	
居住地		保険負担 割合	1 7割 2 9割
上記妊婦の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日 殿 印			
所見又は 必要な処置	1 異常なし 2 要再検査 3 要治療（病名 ） 平成 年 月 日 担当医師氏名 ㊟		

<b>妊婦精密健康診査費請求書</b> 殿 平成 年 月 日 委託医療機関の住所・名称・氏名 ㊟ ( ) についての精密健康診査に要した費用を下記のとおり請求します。 金 円			
区分	検査料	保険負担割合	備考
請求		1 7割 2 9割	
※審査決定			
検査内容	1 心電図検査    2 肝機能検査（GPT検査、GOT検査）    3 腎機能検査 4 血液理化学検査（貧血）    5 血球計算    6 尿化学検査（蛋白定量） 7 その他（ ）		

- ② 1 妊婦精密健康診査を受けるときは、この票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。  
 2 この票で妊婦精密健康診査を受けるときは、無料で受診できます。（医療保険の適用者はこの票と一緒に保険証を提出してください。）  
 3 この票は本人以外は使用できません。  
 4 ※の欄は記入しないでください。



【乳児精密健康診査受診票（医療機関委託）】

乳児精密健康診査受診票（医療機関委託健康診査）

No.

乳児氏名	平成 年 月 日生	被保険者証等の 記号及び番号
居住地		
上記乳児の精密健康診査を依頼します。 平成 年 月 日 殿 印		
所見又は 必要な処置	1 異常なし 2 要再検査 3 要治療（病名 ） 平成 年 月 日 担当医師氏名	印

<b>乳児精密健康診査費請求書</b> 殿 平成 年 月 日 委託医療機関の住所・名称・氏名 （ ）についての精密健康診査に要した費用を下記のとおり請求します。 金 円		
区分	検査料	備考
請求		
※審査決定		
検査内容	1 X線（心臓、四肢、脊柱、呼吸器）    2 心電図検査    3 血液検査 4 聴力検査    5 眼底検査    6 その他（ ）	

- ④
- 1 乳児精密健康診査を受けるときは、この票及び母子健康手帳を必ず定められた医療機関にお渡しください。
  - 2 この票で乳児精密健康診査を受けるときは、無料で受診できます。（医療保険の適用者はこの票と一緒に保険証を提出してください。）
  - 3 この票は本人以外は使用できません。
  - 4 ※の欄は記入しないでください。

【1歳6か月児、3歳児 精密健康診査(判定相談)受診票(医療機関委託)】

1歳6か月児 健康診査精密健康診査(判定相談)受診票  
3歳児

No.

児童氏名及び 生年月日		平成 年 月 日生
保護者氏名		
居住地		
有効期間	平成 年 月 日から	月 日まで
健康診査 (判定) 依頼要旨		
	平成 年 月 日	
	殿	

検査(請求)内容	点数	所見又は今後の処置
	点	
計		平成 年 月 日 委託医師名 (判定員名)

**1歳6か月児 健康診査費請求書**  
**3歳児**

殿

金 円

上記のとおり ( ) についての精密健康診査に要した費用を請求します。

委託医師 住所  
氏名

【妊婦訪問指導票】

妊 婦 訪 問 指 導 票

平成 年 月 日

訪問月日	平成 年 月 日 (妊娠 週)		
住 所	〒 電話 ( )		
氏 名	ふりがな	職業	世帯主氏名
	昭和 年 月 日生 ( 歳)		
体 重	kg (妊娠前の体重 kg)		
出 産 に つ い て	出産予定日 平成 年 月 日	出産の介助予定者 医師・助産婦	住所 氏名
環 境	家族構成 (夫・ ) 家族の疾病 無・有 ( ) 住居の状況 種別 (一戸建・アパート・マンション・その他 ) 部屋数 ( ) 室		
既 往 歴	無・有 ( )		
今回妊娠した後の検査	梅毒血清反応	年 月 日実施	
	B型肝炎抗原 (HBs抗原) 検査	年 月 日実施	
	その他の検査 ( )		
今までの妊娠等について	今回の妊娠は 初回・第 回目 / いままで 2000g以下の低出生体重児出産 回数 流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回		
	今までの妊娠・出産・産後の状態は 正常・異常 ( )		
	今までに生まれた子どもは 人		
一般状況	気分・体調 (良・不良 )	顔色 (良・不良 )	
	疲労感 (無・有 )	食欲 (無・有 )	
	つわり (無・有 )	睡眠 (良・不良 )	
	尿回数 ( )	便通 ( )	
	下腹部の張り (無・有 )		
	乳房の状況 (乳頭陥没 )		
	浮腫 (無・有 )	体重 ( )	
	出血・帯下 (無・有 )	血圧 ( )	
	胎動 ( )	その他 ( )	
指導状況	1 セルフチェック (健康観察) について 2 妊娠中の日常生活について 運動・休養・睡眠・清潔・服装・喫煙・性生活 3 妊娠中の栄養について 4 定期健康診査の必要性について (妊娠中毒症予防) 5 妊娠中の就労について 6 妊娠中の口腔保健について 7 妊娠中の精神保健について 8 分娩の経過と準備について (補助動作を含む) 9 その他 ( )		
市町村への連絡			

訪問者氏名	
-------	--

【産婦訪問指導票】

産婦訪問指導票

平成 年 月 日

訪問月日	平成 年 月 日 (産後 日) 時 分頃～ 時 分頃		
住 所	〒 電話 ( )		
氏 名	ふりがな 昭和 年 月 日生 ( 歳) 職業	世帯主氏名	
分娩場所	名称 所在地 電話 ( )		
分娩状況	平成 年 月 日分娩 (在胎 週) 正常— 単・双・多 骨盤位、吸引、鉗子、帝王切開 異常 前・早期破水、臍帯巻絡 出血 ( ml)	妊 娠 分娩歴	流産 回 (自然・人工) 早産 回 死産 回
		既往歴	無・有 ( )
環 境	家族構成 (夫・ ) 家族の疾病 有・無 住居の状況 種別 (一戸建・アパート・マンション)、部屋数 ( ) 室、日当り 良・不良		
退 院 時 診 察 所 見	平成 年 月 日退院 産後 ( 日) 尿蛋白 ( )、尿糖 ( )、浮腫 ( : 部位 )、血圧 ( /mmHg) 血色素 ( g/dl)、体重 ( kg)		
一般状況	悪 露 ( ) 母乳分泌 (良・不良 ) 栄養状況 ( ) 休養状況 (良・不良 )		
指導事項	1 産後の経過について (悪露・月経) 2 母乳栄養確立のための母乳分泌指導 3 産後の休養のとり方 4 食事内容について 5 家庭環境 (家族の協力、住宅環境) の整備 6 1か月児健康診査のすすめ 7 家族計画 8 その他		
市町村へ の 連 絡			

訪問者氏名	
-------	--