

【新生児訪問指導票】

新生児訪問指導票

平成 年 月 日

住 所	〒 電話 ()		
児の氏名	よりがな 男・女	母の名	よりがな
	平成 年 月 日生 第 () 子		年齢 (歳)
出生時の状況	分娩場所 () 正 常： 単・双・多 異 常： 骨盤位、帝王切開、仮死(無・有)、黄疸(無・有) 光線療法(無・有)、その他 () 体重 () g、身長 () cm、胸囲 () cm、頭囲 () cm		
母子同室	初めから同室・()日目から同室・初めから別室・その他()		
退 院	平成 年 月 日 生後 () 日 体重 () g		

	第 1 回 訪 問	第 2 回 訪 問
訪問月日時間	平成 年 月 日生後 () 日 時 分頃 ~ 時 分頃	平成 年 月 日生後 () 日 時 分頃 ~ 時 分頃 (訪問の目的)
栄 養	<input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 欲しがるときに与える 1日 () 回くらい <input type="checkbox"/> 時間を決めて与える () 時間毎 <input type="checkbox"/> 混合栄養 母乳にミルクを足している 母 乳 () 回、 ミルク () ml () 回 <input type="checkbox"/> 人工栄養 ミルク () ml () 回	<input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 欲しがるときに与える 1日 () 回くらい <input type="checkbox"/> 時間を決めて与える () 時間毎 <input type="checkbox"/> 混合栄養 母乳にミルクを足している 母 乳 () 回、 ミルク () ml () 回 <input type="checkbox"/> 人工栄養 ミルク () ml () 回
児の観察	体 重 () g、1日 () g 増加 便回数 1日 () 回 哺乳力 (良・不良) 機 嫌 (良・不良) 大泉門異常 (無・有) 凝 視 (有・無) 黄 疸 (無・有) 向き癖 (無・有) 四肢運動 (良・不良) 開排制限 (無・有) 筋緊張 (良・不良) 湿 疹 (無・有) 臍部異常 (無・有)	体 重 () g、1日 () g 増加 便回数 1日 () 回 哺乳力 (良・不良) 機 嫌 (良・不良) 湿 疹 (無・有) その他
指導事項	1 母乳の重要性、与え方 2 清潔・皮膚の手入れ、沐浴の実際 3 おむつの当て方 4 抱き方 5 寝かせ方 6 室温と衣類の調整 7 外気浴 8 水分補給、果汁等 9 事故防止 10 母子健康手帳の活用 11 その他	今回の指導
次回訪問	要 (内容) ・否	
市町村への連絡		

訪問者氏名	
-------	--

【5歳児健康診査票〈表〉】

健診日： 年 月 日

5歳 か月

5歳児健康診査票

お子さんの健康状態を知るためのものです。当てはまる□にレ、()内に文字・数字を記入してください。

ふりがな	生年月日 年 月 日	保護者名 父	職業
氏 名	性別 男 女	母	職業
住 所	〒 -	アンケート記入者	父 母 祖母 祖父 ()
1. 同居の家族について記入してください。	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄・姉 (歳) <input type="checkbox"/> 弟・妹 (歳) <input type="checkbox"/> その他		
2. 昼間の保育者は主にどなたですか。	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> () 保育所 <input type="checkbox"/> 他		
3. 予防接種は受けましたか。	<input type="checkbox"/> ポリオ () 回 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 三種混合 () 回 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 日脳 () 回		
4. 今まで病気や事故をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
5. どのような病気にかかりやすいですか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 湿疹		
6. 治療中・経過観察中の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
7. 妊娠中何かかわったことはありましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
8. 出生時何か変わったことはありましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()		
9. 何週で生まれ、体重は何gでしたか。	() 週 () g		
10. 発達について伺います。	首のすわり () か月 おすわり () か月 歩き始め () か月		
11. 今まで健診を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診		
12. 健診で何か指摘されましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (何で)		
13. 兄弟で発達に遅れがありましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (何で)		
14. どんな遊びが好きですか。	()		
15. 遊び友達はいますか。	<input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> よく遊ぶ <input type="checkbox"/> たまに遊ぶ) <input type="checkbox"/> いない		
16. 起床・就寝時間を記入してください。	起床 () 時ごろ 就寝 () 時ごろ		
17. 食事やおやつ時間は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> 決まっている <input type="checkbox"/> 決まっていない		
18. 起床、少食・食べ過ぎなど困っていますか。	<input type="checkbox"/> 困っていない <input type="checkbox"/> 困っている ()		
19. 歯磨きをしていますか。	<input type="checkbox"/> する (仕上げみがき <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない) <input type="checkbox"/> しない		
20. テレビ・ビデオを1日どのくらい見ますか。	(時間 分ぐらい)		
21. 目が悪いという心配はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
22. 耳の聞こえが悪いという心配はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
23. 利き手はどちらですか。	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> はっきりしない		
24. しつけについて不安がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々)		
25. 子育ては楽しいですか。	<input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 時々楽しくない <input type="checkbox"/> 楽しくない		
26. 今の状態について、はい、いいえ、不明に○印を付けてください。			
①スキップができる。	(はい・いいえ・不明)	②ブランコがこげる。	(はい・いいえ・不明)
③片足でケンケンができる。	(はい・いいえ・不明)	④お手本を見て四角が書ける。	(はい・いいえ・不明)
⑤大便が一人でできる。	(はい・いいえ・不明)	⑥ボタンのかけはずしができる。	(はい・いいえ・不明)
⑦集団で遊べる。	(はい・いいえ・不明)	⑧家族に言って遊びに行ける。	(はい・いいえ・不明)
⑨ジャンケンの勝敗がわかる。	(はい・いいえ・不明)	⑩自分の名前が読める。	(はい・いいえ・不明)
⑪発音がはっきりしている。	(はい・いいえ・不明)	⑫自分の左右がわかる。	(はい・いいえ・不明)
27. 心配ごと・相談したい事がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> しつけ <input type="checkbox"/> くせ <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 他)		

裏面は記入される必要はありません。

【5歳児健康診査票〈裏〉】

幼児氏名 _____

no _____

栄養士指導 有・無

問診カードのかな読み

- いぬ 1. よめる 2. ひろいよみ 3. よめない 4. やってこない
 うし 1. よめる 2. ひろいよみ 3. よめない 4. やってこない
 さる 1. よめる 2. ひろいよみ 3. よめない 4. やってこない

保健師サイン

診察

栄養状態・身体発育	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> （肥満、やせ、小柄、他)	<input type="checkbox"/> 不明			
行動・受診態度	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> （多動、無関心、奇声、怖がる、他)	<input type="checkbox"/> 不明			
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> （遅滞、構音障害、理解障害、どもり、他)	<input type="checkbox"/> 不明			
診察のまとめ	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 身体上の問題	<input type="checkbox"/> 発達上の問題	<input type="checkbox"/> 保育環境上の問題	<input type="checkbox"/> 他		
健診結果	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 助言指導	<input type="checkbox"/> 追跡観察	<input type="checkbox"/> 精検	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 観察中	<input type="checkbox"/> 不明
内容：							
場所：							
紹介先： <input type="checkbox"/> 発クリ <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 他							
小児科医 _____							

支援事項

保育士用

健診日： 年 月 日

5歳 か月

5歳児健康診査票

ふりがな	生年月日 年 月 日	保護者名 父	職業
氏名	性別 男 女	母	職業
住所	〒 -	保育所	

※お子さんの健康状態を知るためのものです。当てはまる□にレ、() 内に文字・数字を記入してください。

- ・どんな遊びが好きですか。 ()
- ・遊び友達はいますか。 いる (よく遊ぶたまに遊ぶ) いない
- ・起床、少食・食べ過ぎなど困っていますか。 困っていない 困っている ()
- ・目が悪いという心配はありますか。 ない ある
- ・耳の聞こえが悪いという心配はありますか。 ない ある
- ・利き手はどちらですか。 右 左 はっきりしない

※今の状態について、はい、いいえ、不明に○印を付けてください。

- | | | | |
|----------------|-------------|-----------------|-------------|
| ①スキップができる。 | (はい・いいえ・不明) | ②ブランコがこげる。 | (はい・いいえ・不明) |
| ③片足でケンケンができる。 | (はい・いいえ・不明) | ④お手本を見て四角が書ける。 | (はい・いいえ・不明) |
| ⑤大便が一人でできる。 | (はい・いいえ・不明) | ⑥ボタンのかけはずしができる。 | (はい・いいえ・不明) |
| ⑦集団で遊べる。 | (はい・いいえ・不明) | ⑧家族に言って遊びに行ける。 | (はい・いいえ・不明) |
| ⑨ジャンケンの勝敗がわかる。 | (はい・いいえ・不明) | ⑩自分の名前が読める。 | (はい・いいえ・不明) |
| ⑪発音がはっきりしている。 | (はい・いいえ・不明) | ⑫自分の左右がわかる。 | (はい・いいえ・不明) |

※保育者として心配ごと・相談したい事がありますか。 ない ある (身体 発達 しつけ くせ 食事 他)

鳥 取 県 母 子 保 健 対 策 協 議 会
鳥取県健康対策協議会母子保健対策専門委員会

	氏 名	所 属
会 長	○長田 昭夫	鳥取県医師会長
委員長	○神崎 晋	鳥取大学医学部周産期小児医学教授
委 員	阿部 博章	鳥取県医師会理事
〃	石原 浩	鳥取保健所郡家支所長
〃	伊藤 隆志	西部医師会
〃	入江 隆	鳥取大学医学部産婦人科講師
〃	大谷 恭一	智頭病院小児科長
〃	○大野 耕策	鳥取大学医学部脳神経小児科教授
〃	○岡本 博文	中部医師会
〃	金井 要	鳥取県福祉保健部次長兼健康対策課長
〃	小枝 達也	鳥取大学地域学部教授
〃	神鳥 高世	鳥取県医師会常任理事
〃	澤住 和秀	鳥取県立厚生病院産婦人科部長
〃	田中 清	たなか小児科医院長
〃	深澤 哲	東部医師会
〃	福本 奈々美	気高町健康福祉課保健師
〃	○前田 隆子	鳥取大学医学部保健学科教授
〃	宮崎 博実	鳥取県医師会常任理事
〃	○山本 照恵	西部福祉保健局福祉保健課課長補佐
〃	矢山 明子	鳥取県保健事業団健診検査課課長補佐
〃	○米塚 美智代	羽合町健康福祉課保健師

(50音順、敬称略 協議会委員○印) 全員専門委員

(執筆協力)

米子医療センター小児科 林原 博 医師

鳥取大学医学部耳鼻咽喉・頭頸部外科分野 畠 史子 医師

鳥取県乳幼児健康診査マニュアル（平成16年度版）

発 行 平成16年10月
編 集 鳥取県福祉保健部健康対策課
所 在 地 680-8570
鳥取市東町一丁目220番地
電 話：0857-26-7194
ファクシ：0857-26-8308
e-mail：kenkoutaisaku@pref.tottori.jp
URL：http://www.pref.tottori.jp/kenkoutaisaku/