

## 低体重児出生届

記入日 年 月 日

新 生 児	ふりがな氏名	(男・女) 第 子		
	出生日	平成	年	月 日
	出生体重	( ) g	妊娠期間	( 週 日)
	出生場所	( ) (病院・産婦人科・助産院・自宅・その他)		
	退院(予定)日	平成	年	月 日
<small>*入院中の場合は、退院日の予定がわかるようでしたらお書きください。</small>				
妊娠・分娩時の特記事項 ( )				
母	ふりがな氏名	( 歳)	職業	
父	ふりがな氏名	( 歳)	職業	
自宅住所	<small>*マンション名、部屋番号もお書きください。</small>			
電話番号	自宅	( )	-	
	産婦の携帯	( )	-	
現在の連絡先 (自宅と同じ場合は記入不要)	住所	( 方)		
	電話番号	( )	-	
	上記は(実家・その他)	帰宅予定日	平成	年 月 日
相談したいこと				

## 妊産婦保健指導連絡票

記入日 年 月 日

妊 産 婦	ふりがな氏名	( 歳) 生			
	自宅住所	<small>*マンション名、部屋番号もお書きください。</small>			
	電話番号	自宅	( )	-	
		妊産婦の携帯	( )	-	
	世帯主氏名		職業		
妊 娠	今回は、( ) 回目 現在は、妊娠(満 ) 週・第( ) 月 又は、産後( ) 日目				
出産予定日	平成	年	月 日		
かかりつけ	無・有(1. 病院 2. 診療所 3. 助産所 名称・所在地 ( )				
該当する項目に○印をつけてください。					
【現在の状態】		【いままでに】		【その他の連絡事項】	
1. 身体がむくんでいる 2. 尿に蛋白が出る 3. 血圧が高い 4. その他		1. 妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症)と言われたことがある 2. 未熟児出産又は異常分娩をした			
【主治医からの指示】					
医師氏名:					

郵便はがき

5 6 3 0 0 2 5

切手を貼って  
お出し下さい

池田市城南3-1-40  
池田市保健福祉総合センター内

池田市保健福祉部  
健康増進課 宛

#### 妊産婦の方へ

妊娠中の健康のことや悩みごとなどのご相談に応じます。ご希望により保健師等が、ご家庭への訪問や電話相談を行います。

ご希望の方は、このはがきを池田市健康増進課に送付してください。

※ 電話で健康増進課（072-754-6038、6039）までご連絡いただいても結構です。

郵便はがき

5 6 3 0 0 4 1

切手を貼って  
お出し下さい

池田市満寿美町3-19

大阪府池田保健所長 様

#### 保護者の方へ

出生体重が2,500g未満の場合は、保健所長に届け出ることが母子保健法で義務づけられています。

このはがきを大阪府池田保健所に送付していただくか、電話（072-751-2990）で届け出てください。

※ 保健所では2,500g未満でお生まれになった赤ちゃんの子育てやお母さんの悩みなどのご相談に応じています。

※ 2,500g以上でお生まれになった場合は、出生連絡票のはがきで市町村にお知らせください。

## 赤ちゃんの家庭訪問について

池田市では、赤ちゃんと保護者の方の健康を願うとともに、これからの子育てを支援するために、「新生児訪問」、「こんにちは赤ちゃん訪問」をおこなっています。

助産師や保健師が生後から生後4か月以内にご家庭に訪問し、赤ちゃんやお母さんの健康、育児や授乳などについてご相談に応じます。

### ①「新生児訪問」

訪問期間：生後28日以内

対象：新生児訪問を希望の方

※右のはがきの新生児訪問希望欄に○をしてください。

### ②「こんにちは赤ちゃん訪問」

訪問期間：出生後4か月以内

対象：お生まれになったすべての赤ちゃんと保護者  
(第2子以降も対象です)

※はがきが届いた方から順次連絡させていただきますが、訪問をお急ぎで希望される場合はご連絡ください。

## 出生連絡票(訪問依頼票)

記入日 年 月 日

新 生 児	ふりがな氏名	(男・女)第 子		
	出生日	平成	年	月 日
	出生体重	( ) g	妊娠期間	( ) 週 日
	出生場所	( ) (病院・産婦人科・助産院・自宅・その他)		
退院(予定)日	平成	年	月 日	<small>*入院中の場合は、退院日の予定がわかるようでしたらお書きください。</small>
妊娠・分娩時の特記事項 ( )				
母	ふりがな氏名	( ) 歳	職業	
父	ふりがな氏名	( ) 歳	職業	
自宅住所	<small>*マンション名、部屋番号もお書きください。</small>			
電話番号	自宅	( )	-	
	産婦の携帯	( )	-	
現在の連絡先 (自宅と同じ場合は記入不要)	住所	( ) 方		
	電話番号	( )	-	
	上記は(実家・その他) 帰宅予定日 平成 年 月 日			
新生児(生後28日以内)の訪問を希望する方は右に○をしてください。				
相談したいこと				

郵便はがき

切手を貼って  
お出し下さい

5 6 3 0 0 2 5

池田市城南3-1-40

池田市保健福祉総合センター内

池田市保健福祉部

健康増進課 宛

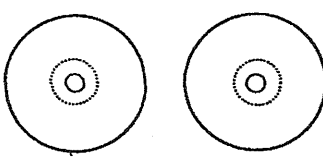
**保護者の方へ**

- ① このはがきを出生届の提出時に、池田市役所の総合窓口課へご提出ください。または健康増進課へ郵送するか、はがきの内容を電話でご連絡いただいても結構です。後日、助産師または保健師より訪問日時のご連絡をいたします。
- ② 出生体重が2,500 g未満の場合は「低体重児出生届」のはがきを大阪府池田保健所に送付してください。
- ③ 里帰り出産で新生児訪問（生後28日以内）をご希望の場合は、電話でご相談ください。

※この出生連絡票は出生届ではありませんので、注意してください。

※ご不明な点がございましたら、健康増進課（072-754-6038、6039）までご連絡ください。

## こんにちは赤ちゃん訪問指導記録票(市民用)

第 回訪問：平成 年 月 日( ) (生後 日)				児の氏名	(平成 年 月 日生)	
計測	体重	g	頭囲	cm	母の氏名	(昭和・平成 年 月 日生)
	身長	cm	胸囲	cm		
児の観察事項	頭部； 四肢； 頸部； 姿勢； 顔面； 性器； 皮膚； その他； 腹部；			栄養； 母乳・人工・混合 母乳 分× 回 人工 ml× 回 哺乳力； 強・普通・弱 便； 回 尿； 回		
	母の観察事項	乳房；  血圧； / mmHg 検尿； 糖(-) 蛋白(-) 潜血(-)			悪露； 気分・体調； 食欲； 睡眠； その他；	
養育環境		支援者	有( )・無		近隣との付き合い	有( )・無
	寝具衣類	清潔・不潔( )		温度調節	良・不良( )	
	喫煙	なし・あり(父・母)(同室・分煙)		ベット	なし・あり( )	
	家具・家屋の破損	なし・あり( )		経済的困窮	なし・あり( )	
(印)						
※今後のフォローの必要性：(有・無)				担当確認印		

# I. 育児支援チェックリスト

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。  
 あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1. 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か問題があると言われていませんか？  

はい
いいえ
2. これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか？  

はい
いいえ
3. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか？  

はい
いいえ
4. 困ったときに相談する人についてお尋ねします。  
 ①夫には何でも打ち明けることができますか？  

はい
いいえ
夫がない

  
 ②お母さんには何でも打ち明けることができますか？  

はい
いいえ
実母がない

  
 ③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？  

はい
いいえ
5. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？  

はい
いいえ
6. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？  

はい
いいえ
7. 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありましたか？  

はい
いいえ
8. 赤ちゃんが、なぜむずかったり、泣いたりしているのかわからないことがありますか？  

はい
いいえ
9. 赤ちゃんを叩きたくらいになりますか？  

はい
いいえ

ご記入日      平成      年      月      日  
 ご出産日      平成      年      月      日  
 お名前      \_\_\_\_\_

## Ⅱ. エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

産後の気分についておたずねします。

あなたも赤ちゃんもお元氣ですか。

最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。必ず10項目全部に答えて下さい。

1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。  
( ) いつもと同様にできた。  
( ) あまりできなかった。  
( ) 明らかにできなかった。  
( ) 全くできなかった。
2. 物事を楽しみにして待った。  
( ) いつもと同様にできた。  
( ) あまりできなかった。  
( ) 明らかにできなかった。  
( ) ほとんどできなかった。
3. 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。  
( ) はい、たいていそうだった。  
( ) はい、時々そうだった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。  
( ) いいえ、全くなかった。
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。  
( ) いいえ、そうではなかった。  
( ) ほとんどそうではなかった。  
( ) はい、時々あった。  
( ) はい、しょっちゅうあった。
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。  
( ) はい、しょっちゅうあった。  
( ) はい、時々あった。  
( ) いいえ、めったになかった。  
( ) いいえ、全くなかった。
6. することがたくさんあって大変だった。  
( ) はい、たいてい対処できなかった。  
( ) はい、いつものようにはうまく対処できなかった。  
( ) いいえ、たいていうまく対処した。  
( ) いいえ、普段通りに対処した。
7. 不幸せな気分なので、眠りにくかった。  
( ) はい、ほとんどいつもそうだった。  
( ) はい、時々そうだった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。  
( ) いいえ、全くなかった。
8. 悲しくなったり、惨めになったりした。  
( ) はい、たいていそうだった。  
( ) はい、かなりしばしばそうだった。  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった。  
( ) いいえ、全くそうではなかった。
9. 不幸せな気分だったので、泣いていた。  
( ) はい、たいていそうだった。  
( ) はい、かなりしばしばそうだった。  
( ) ほんの時々あった。  
( ) いいえ、全くそうではなかった。
10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。  
( ) はい、かなりしばしばそうだった。  
( ) 時々そうだった。  
( ) めったになかった。  
( ) 全くなかった。

ご記入日 平成 年 月 日

ご出産日 平成 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

### Ⅲ. 赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？

下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけて下さい。

- |   | ほとんどいつも<br>強くそう感じる。 | たまに強く<br>そう感じる。 | たまに少し<br>そう感じる。 | 全然<br>そう感じない。 |
|---|---------------------|-----------------|-----------------|---------------|
| 1) 赤ちゃんをいとしと感じる。                                  | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 2) 赤ちゃんのためにしないとけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。 | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 3) 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。                            | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 4) 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがない。                           | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 5) 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。                              | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 6) 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。                            | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 7) こんな子でなかったらなあと思う。                               | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 8) 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。                              | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 9) この子がいなかったらなあと思う。                               | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |
| 10) 赤ちゃんをととても身近に感じる。                              | ( )                 | ( )             | ( )             | ( )           |

ご記入日 平成 年 月 日

ご出産日 平成 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_

赤ちゃんのお名前 \_\_\_\_\_



# 池田市4か月児健康診査問診票

フリガナ  ちゃん		年 月 日生		出生時	体 重	身 長	胸 囲	頭 囲	在 胎 週 数
		男・女	第 子		g	cm	cm	cm	週
池田市   電話 (      -      -      ) 昼間の保育者 母・父・祖父母・その他 (      )				家 族 構 成	氏 名	続柄	年 齢	職 業	健 康 状 態
									1. 健康 2. 疾病あり (      )
									1. 健康 2. 疾病あり (      )
									1. 健康 2. 疾病あり (      )
									1. 健康 2. 疾病あり (      )

1. お子さんのことについてお聞きします。  
1) 今までにかかった病気を書いて下さい

2) 次のことについてあてはまる番号に○をつけて下さい。

- (1) 立てて抱いて首がしっかりすわる
- (2) うつ伏せで顔をあげる
- (3) ガラガラ等おもちゃを持たせると持つ
- (4) あおむけで両手を合わせて遊ぶ
- (5) 音のする方へ顔を向ける
- (6) 動くものを目で追う
- (7) あやすと相手の目を見てほほえむ
- (8) 声を出して笑う

3) 現在の栄養について

母乳…1日に (    ) 回      1回当たり約 (      ) 分

ミルク…1日に (    ) 回      1回当たり約 (      ) ml

4) 母乳ミルク以外で飲んでいるものがあれば○をつけて下さい。  
果汁 (      ml) ・野菜スープ・その他 (      )

5) 便通について  
日× 回

2. お子さんの発育発達、育児について心配や相談があれば書いて下さい。

3. 普段、育児に協力してくれる人はいますか。  
はい (誰      )      いいえ

4. 育児について相談できる相手はいますか。  
はい (誰      )      いいえ

5. 育児は楽しいですか。  
はい      いいえ

# 乳児後期健康診査(9か月～1歳未満用)受診票 (医療機関控)

委託医療機関代表者殿

各市町村長


下記の乳児後期健康診査を依頼します。

※太枠の中は健康診査を受診する前に必ず記入してください。

乳児氏名	フリガナ 第( )子	生年月日	平成 年 月 日 生 ( 月 )	男 女	保護者氏名	フリガナ
現住所						TEL( ) -
① 今までにかかった主な病気・けがを書いてください。 カ月 病名 _____ カ月 病名 _____ カ月 病名 _____ ② ひきつけをおこしたことがありますか。…………… いいえ・はい ( 回 ) ③ どんな予防接種を受けましたか。…………… BCG・ポリオ・三種混合・その他 ( ) ④ 前回の健診はいつ受けましたか。…………… 平成 年 月 日 その際何か気になることを言われましたか。…………… はい ( )・いいえ ⑤ 離乳食は ( ) 回、よく食べますか。…………… はい ( )・いいえ ⑥ 歯がはえていますか。…………… はい 上 ( 本 ) 下 ( 本 )・いいえ ⑦ 便通は ( ) 日に ( ) 回 ⑧ 夜はよく眠りますか。…………… はい ( )・いいえ ⑨ ハイハイをする。お腹をつけて ( 月 )、おなかをつけないで ( 月 )。 ⑩ おすわりの姿勢からハイハイの姿勢になったりその逆もできる。 はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑪ 自分でつかまり立ちをする。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑫ つたい歩きをする。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑬ 指先で小さなものをつまむことができる。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑭ 器の中から物を出す。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑮ ちょうだいと言うと、渡そうとする。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑯ パパパー、マンマンマンなど声を出す。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑰ 名前を呼ぶと振り向く。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑱ 人見知りをしたことがありますか。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑲ バイバイ、イナイイナイパーなどまねをする。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ⑳ 後追いをします。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ㉑ 「いけません」と言う手を引っ込めて親の顔を見る。…………… はい ( 月 )・いいえ ( 月 ) ㉒ 育児について悩んだ時、相談する人はいますか。…………… はい ( 誰 )・いいえ ( ) ㉓ 育児を協力してくれる人が身近にいますか。…………… はい ( 誰 )・いいえ ( )						
心配なことや相談したいことがあれば自由にお書きください。						

※個人差がありますので、問診項目によってはできないものもあります。

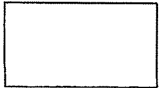
※この欄は健診した医師が記入してください。

		受診年月日	平成 年 月 日
体 重	身 長	胸 囲	頭 囲
g	cm	cm	cm
診 察 所 見	(1) 発育状況	- 2SD・標準・+ 2SD	(18) その他の身体的発達異常所見
	(2) 栄養	良・普通・よくない	なし
連 絡 事 項	(3) 血色	良・普通・よくない	経過観察 ( )
	(4) 大泉門	開 ( cm× cm )・痕・閉	
	(5) 心雑音	無・有 ( )	あり ( )
	(6) 筋緊張	正・低下・亢進	
	(7) 音に反応	十・十・一 ( )	(19) 精神神経学的発達所見
	(8) 追視	十・一	パラシュート反応 十・十・一
	(9) 斜視	一・十・十 ( )	ホッピング反応 正・異
	(10) 腹部所見	無・有 ( )	その他 ( )
	(11) 開排便限	一・十・十	
	(12) 外陰部	正・異 ( )	
(13) 腹臥位		(20) その他	
(14) 座位	できる・できない ( )		
(15) 立位	できる・できない ( )		
(16) 痒みのある湿疹	一・十 ( )		
(17) 皮膚の色素異常	一・十 ( )		
1. 受診結果 ①異常なし ②既医療 ③要観察 ④要医療 ⑤要精検 2. 今後、当院で ( 治療 ・ 指導 ・ 観察 ・ 精検 ) します。 3. 市町村での ( 栄養 ・ 育児 ・ 心理 ・ その他 ) 指導が必要です。 注意事項 4. 市町村での2次健診が必要です。 注意事項 5. 他の医療機関へ紹介します。(医療機関名 ) 注意事項			
健康診査の結果は、現時点では上記のとおりです。			
所在地			
医療機関名			
医師名			



生活リズム	<p>22. 起きる時間や寝る時間を決めていますか。(起床時、就寝時) はい・いいえ</p> <p>23. 外で積極的に遊ばせていますか。はい・いいえ</p> <p>24. 親子で一緒によく遊んでいますか。はい・いいえ</p> <p>25. テレビやビデオをどのくらい見せていますか。(1日 時間)</p>		
栄養・食生活について	<p>26. 食事は(1日 回)(多い・普通・少ない・むらがある)</p> <p>27. 好き嫌いがありますか。(嫌いなもの) いいえ・はい</p> <p>28. スプーンやフォークを持って自分で食べようとしますか。はい・いいえ</p> <p>29. 食事をよくかまない、なかなか飲み込まないことがありますか。いいえ・はい</p> <p>30. 牛乳、またはミルクを飲ませていますか。(1日 ml) はい・いいえ</p> <p>31. おやつは(1日 回)</p> <p>32. おやつは時間を決めて与えていますか。はい・いいえ</p> <p>33. よく食べるおやつ・飲み物は何ですか。 具体的に( )</p> <p>34. 哺乳ピンを使用していますか。いいえ・はい (中身; )</p> <p>35. 母乳を飲んでいますか。いいえ・はい</p>		
歯について	<p>36. 歯ブラシを持たせていますか。はい・いいえ</p> <p>37. 保護者による仕上げみがきをしていますか。はい・いいえ いつ(朝食後・昼食後・おやつの後・夕食後・寝る前・時々)</p> <p>38. ブクブクうがいの練習をしていますか。はい・いいえ</p> <p>39. 指しゃぶり、おしゃぶり等のくせがありますか。いいえ・はい</p> <p>40. 当センターで幼児のフッ素塗布(予防歯科室)を受けていますか。はい・いいえ</p> <p>41. 歯科医院を受診したことがありますか。はい・いいえ (治療中・治療済み・定期健診・フッ素塗布)</p>		
育児状況	<p>42. 普段、育児に協力してくれる人はいますか。はい(誰) いいえ</p> <p>43. 育児について相談できる相手はいますか。はい(誰) いいえ</p> <p>44. 育児は楽しいですか。はい いいえ</p>		
<p>お子さんについて心配なことや相談したいことは、ありませんか。</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="154 1400 693 1792"> <p>ア. 目のことが気になる 目つき ・目の動き まぶしがる・見えにくい</p> <p>イ. 耳が聞こえにくい</p> <p>ウ. 歩き方がおかしい</p> <p>エ. 肥満</p> <p>オ. やせ</p> <p>カ. 言葉がおそい</p> <p>キ. 指しゃぶり</p> <p>ク. 夜泣き</p> <p>ケ. カンが強い</p> </td> <td data-bbox="693 1400 1309 1792"> <p>コ. 周囲の人に無関心</p> <p>サ. ひどく落ち着きがない</p> <p>シ. いたずらがはげしい</p> <p>ス. おとなしすぎる</p> <p>セ. 育児は手がかかり大変</p> <p>ソ. 子どもとの遊び方</p> <p>タ. 排泄のしつけ方</p> <p>チ. 栄養・食生活について</p> <p>ツ. 歯について</p> <p>テ. 仕上げみがき</p> <p>ト. 予防接種</p> </td> </tr> </table> <p>その他 ( )</p>		<p>ア. 目のことが気になる 目つき ・目の動き まぶしがる・見えにくい</p> <p>イ. 耳が聞こえにくい</p> <p>ウ. 歩き方がおかしい</p> <p>エ. 肥満</p> <p>オ. やせ</p> <p>カ. 言葉がおそい</p> <p>キ. 指しゃぶり</p> <p>ク. 夜泣き</p> <p>ケ. カンが強い</p>	<p>コ. 周囲の人に無関心</p> <p>サ. ひどく落ち着きがない</p> <p>シ. いたずらがはげしい</p> <p>ス. おとなしすぎる</p> <p>セ. 育児は手がかかり大変</p> <p>ソ. 子どもとの遊び方</p> <p>タ. 排泄のしつけ方</p> <p>チ. 栄養・食生活について</p> <p>ツ. 歯について</p> <p>テ. 仕上げみがき</p> <p>ト. 予防接種</p>
<p>ア. 目のことが気になる 目つき ・目の動き まぶしがる・見えにくい</p> <p>イ. 耳が聞こえにくい</p> <p>ウ. 歩き方がおかしい</p> <p>エ. 肥満</p> <p>オ. やせ</p> <p>カ. 言葉がおそい</p> <p>キ. 指しゃぶり</p> <p>ク. 夜泣き</p> <p>ケ. カンが強い</p>	<p>コ. 周囲の人に無関心</p> <p>サ. ひどく落ち着きがない</p> <p>シ. いたずらがはげしい</p> <p>ス. おとなしすぎる</p> <p>セ. 育児は手がかかり大変</p> <p>ソ. 子どもとの遊び方</p> <p>タ. 排泄のしつけ方</p> <p>チ. 栄養・食生活について</p> <p>ツ. 歯について</p> <p>テ. 仕上げみがき</p> <p>ト. 予防接種</p>		

# 池田市3歳6か月児健康診査問診票



受診日 平成 年 月 日

☆下記の内容についてあてはまるものに○印をつけ ( ) 内も記入してください。

フリガナ	氏名	続柄	年齢	職業	健康状態
氏名 ちゃん					健康・疾病あり ( )
年 月 日生 男・女 第 子					健康・疾病あり ( )
池田市					健康・疾病あり ( )
					健康・疾病あり ( )
電話 (        —        —        ) )	昼間の保育者	母 ・ 父 ・ 祖父母 ・ その他 (        ) )			
既往症・身体状況	<p>1. 今までに大きな病気にかかったことがありますか。   な し・あ り (                                  ) )</p> <p>2. 現在治療中の病気がありますか。                                  な し・あ り (                                  ) )</p> <p>3. 受けた予防接種 BCG・ポリオ (1回目・2回目)・麻しん・風しん 三種混合 [1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加] 日本脳炎 [1期初回 (1回目・2回目)・1期追加] その他 (                                  ) )</p> <p>4. 今までにひきつけたことがありますか。(        回 )  な し・あ り</p> <p>5. 夜尿がありますか。( 毎晩・時々 )                                  な し・あ り</p> <p>6. たえずおしっこにいきたがりますか。                                  な し・あ り</p> <p>7. 便通は (        日        回 )</p>				
成長発達について	<p>8. 片足で2～3秒立つことができますか。                                  は い・いいえ</p> <p>9. 2語文、3語文が話せますか。    は い・いいえ</p> <p>10. 姓名が言えますか。    は い・いいえ</p> <p>11. 大小の区別ができますか。    は い・いいえ</p> <p>12. 円が書けますか。    は い・いいえ</p> <p>13. はしやはさみが使えますか。    は い・いいえ</p> <p>14. おしっこがひとりでできますか。    は い・いいえ</p>				
集団への参加状況	<p>15. 現在、保育所・幼稚園に行っていますか。または、行く予定がありますか。 場所 (                                  保育所・園 ) (                                  幼稚園 ) いつから (        年        月から )</p> <p>16. 現在、幼児教室等の子どもが集まる場に参加していますか。 場所 (                                  ) ) いつから (        年        月から )</p>				

栄養・食生活について	<p>17. 起きる時間や寝る時間を決めていますか。(起床 時、就寝 時) は い・いいえ</p> <p>18. 食事は(1日 回)(多い・普通・少ない・むらがある)</p> <p>19. 好き嫌いがありますか。(嫌いなもの ) いいえ・はい</p> <p>20. 食事をよくかまないで、すぐに飲み込みますか。 いいえ・はい</p> <p>21. おやつは(1日 回)(多い・普通・少ない)</p> <p>22. おやつは時間を決めて与えていますか。 はい・いいえ</p> <p>23. よく食べるおやつは何ですか。( )</p> <p>24. お茶や水以外でよくのむ飲み物は何ですか。( )</p>
歯について	<p>25. 子ども自身で歯みがきをしているのは(朝食後・昼食後・おやつの後・夕食後・寝る前・時々)</p> <p>26. 保護者が仕上げみがきをしているのは(朝食後・昼食後・おやつの後・夕食後・寝る前・時々)</p> <p>27. 歯みがきの後、ブクブクうがいをしていますか。 はい・いいえ</p> <p>28. くせはありますか。 いいえ・はい (指しゃぶり・おしゃぶり・常に口を開けている・その他( ))</p> <p>29. 保健福祉総合センターでフッ素塗布(予防歯科室)を受けていますか。 はい・いいえ</p> <p>30. 歯科医院を受診したことがありますか。 いいえ・はい (現在治療中である・治療済みである・定期健診を受けている・フッ素塗布を受けている)</p>
育児状況	<p>31. 普段、育児に協力してくれる人はいますか。 はい(誰 ) いいえ</p> <p>32. 育児について相談できる相手はいますか。 はい(誰 ) いいえ</p> <p>33. 育児は楽しいですか。 はい いいえ</p>
<p>お子さんについて心配なことや相談したいことは、ありませんか。</p> <p>ア. 身体のことについて 肥満・やせ・身長が低い・その他( )</p> <p>イ. 成長発達について 言葉が遅い・発音・人見知りがかつきい・友達とうまく遊べない 落ち着きがない・その他( )</p> <p>ウ. 栄養・食生活について( )</p> <p>エ. 歯について( )</p> <p>オ. 予防接種について( )</p> <p>カ. その他 ( )</p>	

※裏面の聴覚・視力についても記入してください。

## 聴覚について

 ( / )

1. 家庭での聴覚検査はできましたか。 は い・いいえ  
聞こえたものに○、聞こえなかったものに×を記入してください。

いぬ	くつ	かさ
ぞう	ねこ	いす





2. 聴覚に関する質問にお答えください。

- (1) 家庭・近い親戚の方に、小さいときから耳の聞こえの悪い方がいますか。 は い・いいえ  
 (2) 中耳炎に2回以上、かかったことがありますか。 は い・いいえ  
 (3) ふだん鼻づまり、鼻汁を出す、口で息をしている、のどがれがありますか。 は い・いいえ  
 (4) 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思うときがありますか。 は い・いいえ  
 (5) 保育所の保育士などお子さんの接する人から、聞こえが悪いと言われたことがありますか。 は い・いいえ  
 (6) 話し言葉について、遅れている、発音がおかしいなど気になることがありますか。 は い・いいえ  
 (7) あなたの言う言葉の意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。 は い・いいえ  
 (8) 現在、耳や鼻の病気で医師にかかっていますか。( 病名 ) は い・いいえ

## 視力について

 ( / )

1. 家庭での視力検査はできましたか。 は い・いいえ  
見えたものに○、見えなかったものに×を記入してください。

				
両目				
右				
左				

2. 目のことで心配なことがあれば○をつけてください。

- ア. 目つきがおかしい      イ. ひどくまぶしがる  
 ウ. ものに近づいて見る      エ. 目を細めて見る  
 オ. 頭をかたむけたり、横目でみたりする  
 カ. その他 ( )

3. 現在、目の病気で医師にかかっていますか。( 病名 ) は い・いいえ

(小児科医診察用)

担当 醫師

約束クリニック

診察日	年 月 日	経路	継続 4健 1.6健 3.6健 その他( )			
	(満 年 月 日)					
計測	身長	体重	胸囲	頭囲		
	( )	( )	( )	( )		
相談・問診内容	【主訴】					
	運動		栄養			
	生活リズム		排泄			
	7 12 17 21		その他			
身体及び運動・精神発達状況・指導内容			栄養相談			
			保健指導			
			方針(次回健診予定) 約ク 終了・継続			
			[ ]か月後 年 月 日			
			約ク 1.6健 3.6健 その他( )			
			次回確認事項及び備考			
サイン( )						



約束クリニック

(従事相談用)

担当  相談員 

相談日	年 月 日	経路	継続 4健 1.6健 3.6健 その他( )			
	(満 年 月 日)					
計測	身長	体重	胸囲	頭囲		
	( )	( )	( )	( )		
相談・問診内容	【保護者がききたいこと・困っていること】					
	できるようになってきたことなど		好きな遊び			
	7 _____ 12 _____ 17 _____ 21		保・幼・子サロなど			
[主訴]						
P-M C-A L-S 対  感  食  遊						
[次回確認事項]						
[保護者へ伝えたこと]						
方針 約ク 終了・継続 [ ]か月後 月 約ク さくらんぼ 1.6健 3.6健 その他( ) PHN( ) 子家セン 親子教室 やまぼと 次回予約 特別枠 am pm						

乳 幼 児 健 診 カ ー ド

乳幼児氏名		年 月 日生	男・女	第 子	池田市	Tel ( ) -		
保護者氏名	(父)	年 月 日生(才)	職 業		妊娠、出産時特記事項	妊娠経過	分娩経過	出生時の状況
	(母)	年 月 日生(才)			既往歴	異常 なし	異常 なし	仮死 -・+
出生時の状況	週日	体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm	既往歴	胎児高血圧症候群	胎児低出生体重児産
						腎臓病・糖尿病・心臓病	出生医療機関	出生医療機関
家族構成					1か月健診	受診機関	結果異常なしあり	指導事項
4か月児健診	健診年月日	栄 養	発 達		診察所見および結果			方 針
	年 月 日	母 乳 回	1 立てて抱いて首がしっかりすわる		1 栄 養 良・不良	10 追 視 360° 180° 90° 0	1 問題なし	1 特になし
	か 月 日	ミ ル ク ml 回	2 腹臥位で頭上げ		2 血 色 良・不良	11 音に反応 +・±・-	2 発達上の問題	2 指 導
	計 測	果 汁 ml・野菜スープ	3 ガラガラを持つ		3 大 泉 門 開・痕・閉	12 仰 臥 位 正・異 ( )	3 保育上の問題	3 訪 問
体 重 g	栄 養 士 サ イ ン ( )	4 両手を合わせて(仰臥位)		4 心 雑 音 無・有 ( )	13 腹 臥 位	4 栄養上の問題	4 精 査	
身 長 cm		5 音のする方へ顔を向ける		5 外 陰 部 正・異 ( )	14 引 き お こ し	5 疾病の疑い	5 治 療	
胸 囲 cm		6 動くものを目で追う		6 開 排 制 限 -・±・+	7 斜 頸 無・有 ( )	15 かゆみのある 濕 疹 -・+	6 その他	6 経 視
頭 囲 cm	問 診	7 あやすと目を見て笑う		8 定 頸 +・±・-	16 程 度 (部分・全体・ねむれず)			
	便 通 日 回	8 声を出して笑う		9 筋 緊 張 正・低下・亢進				
	睡 眠					医師サイン( )		
						相談サイン( )		
						判定サイン( )		
保健相談の記録								

氏名		男女	年月日生	歯科	カリオ	十	十	卅	発達	問診	h・e	
1歳6か月児健診	年月日	栄養	食事量 多・普・少・ムラ 偏食 なし・あり	EDCBA   ABCDE EDCBA   ABCDE	未処置歯 本 サホライド 本 処置歯 本	6	未処置歯 本 サホライド 本 処置歯 本	1 ひとりですける( )か月 2 ボールのやりとりができる 3 つみ木を2~3個つめる 4 なぐり書きをする 5 要求の指さし 6 ~を持ってきてに反応する 7 意味のある単語を言う ( )( )( ) ( )( ) 8 可逆の指さし	年 月~ 保育所 問診サイン( )			
	計測	栄養		1 歯の汚れ きれい・ふつう・汚れている 2 う蝕罹患型 O <sub>1</sub> ・O <sub>2</sub> ・A・B・C 3 軟組織異常 無・有(歯肉炎・上唇小帯) 4 不正咬合 無・有(反対・開咬・) 5 その他異常 無・有(癒合歯・形成不全) 歯石・着色歯	7 習癖 指しゃぶり 8 指導 Br・間食・飲料 母乳・哺乳ビン 習癖・咬合	治療中・観察中	正 指 治	歯科医師サイン( )			相談サイン( )	
	体重 kg	既往症・身体面		診察所見および結果	方針	保健相談	便通 日 回	1 特になし 2 指導 3 訪問 4 精検 5 治療 6 経観 か月後			医師サイン( )	保健相談サイン( ) 判定サイン( )
	身長 cm	便通 日 回		1 栄養 良・不良 2 血色 良・不良 3 心雑音 無・有 4 外陰部 正・異 5 眼 正・異 6 耳 正・異 7 四肢 正・異	8 脊柱 正・異 9 歩行 正・異 10 かゆみのある湿疹 -・+ 程度(部分・全体・ねむれず) 11 その他	1 問題なし 2 発達上の問題 3 保育上の問題 4 栄養上の問題 5 疾病の疑い ( ) 6 その他	1 特になし 2 指導 3 訪問 4 精検 5 治療 6 経観 か月後	医師サイン( )			保健相談サイン( ) 判定サイン( )	
3歳6か月児健診	年月日	栄養	食事量 多・普・少・ムラ 偏食 なし・あり	EDCBA   ABCDE EDCBA   ABCDE	未処置歯 本 サホライド 本 処置歯 本	O A B C <sub>1</sub> C <sub>2</sub>	歯の汚れ ふつう・汚れている 軟組織異常 無・有(歯肉炎・上唇小帯) その他異常 無・有(癒合歯・形成不全) 歯石・着色歯	不正咬合 なし 反対 交叉 上顎前突 過蓋 開咬 切端 叢生 正中離開	指導 Br・間食 飲料・習癖 咬合	年 月~ 保育所 問診サイン( )		
	計測	栄養		1 歯の汚れ きれい・ふつう・汚れている 2 う蝕罹患型 O <sub>1</sub> ・O <sub>2</sub> ・A・B・C 3 軟組織異常 無・有(歯肉炎・上唇小帯) 4 不正咬合 無・有(反対・開咬・) 5 その他異常 無・有(癒合歯・形成不全) 歯石・着色歯	7 習癖 指しゃぶり 8 指導 Br・間食・飲料 母乳・哺乳ビン 習癖・咬合	治療中・観察中	正 指 治	歯科医師サイン( )	相談サイン( )			
	体重 kg	既往症・身体面		診察所見および結果	方針	保健相談	便通 日 回	1 特になし 2 指導 3 訪問 4 精検 5 治療 6 経観 か月後	医師サイン( )		保健相談サイン( ) 判定サイン( )	
	身長 cm	便通 日 回		1 栄養 良・不良 2 血色 良・不良 3 心雑音 無・有 4 外陰部 正・異 5 眼 正・異 6 耳 正・異 7 四肢 正・異	8 脊柱 正・異 9 歩行 正・異 10 かゆみのある湿疹 -・+ 程度(部分・全体・ねむれず) 11 その他	1 問題なし 2 発達上の問題 3 保育上の問題 4 栄養上の問題 5 疾病の疑い( ) 6 その他	1 特になし 2 指導 3 訪問 4 精検 5 治療 6 経観 か月後	医師サイン( )	保健相談サイン( ) 判定サイン( )			
発達	1 片足で2~3秒立つ 2 2~3語文を話す 3 姓名が言える 4 大・小の区別ができる 5 円が書ける	6 はし・はさみを使える 7 おしっこがひとりできる	姓名 年齢 性別 円	問診	h・e	保健相談	年 月~ 保育所 幼稚園 問診サイン( )	保健相談サイン( ) 判定サイン( )				
	予防接種	BCG	ポリオ 1・2	三混I期 1・2・3・追	麻・風	日脳I期 1・2・追	1.6	サイン( )	3.6	サイン( )		

# 保 健 指 導 記 録

担当者： \_\_\_\_\_

初 回	方 法 訪問・電話・( )	対象者名			
継 続 回	実施日            年          月          日	生年月日			
	時 間 (                    ~                    ) (満                    )				

相談内容・健診等の情報・訪問の目的など

---



---



---



---

訪問時の状況および指導内容

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

今後の方針

---



---



---



---