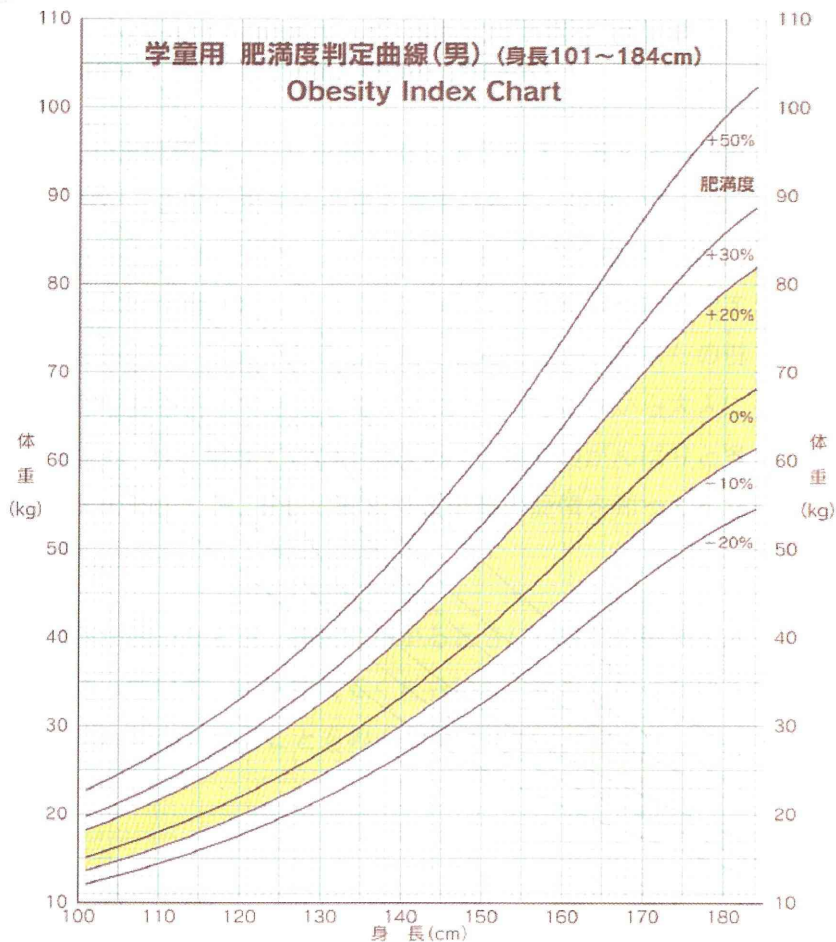


肥満度判定曲線（男児）

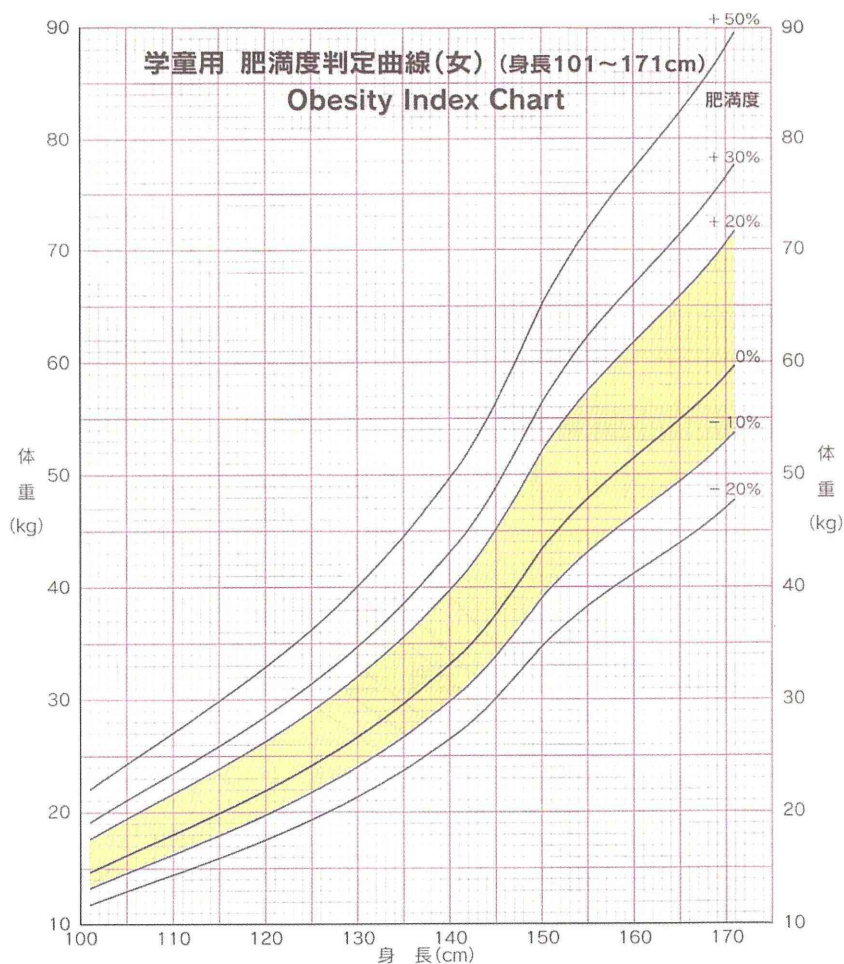


年、月、日(歳)	()	()	()	()
身長(cm)				
体重(kg)				
肥満度(%)				
年、月、日(歳)	()	()	()	()
身長(cm)				
体重(kg)				
肥満度(%)				

平成17年度 文部科学省 学校保健統計調査報告書 をもとに作成

作図者：伊藤善也、林尾恭二、栗野純正 発行日：2005年10月31日 発行所：株式会社リンク 東京都北区王子4-23-3 (株無断転載、複製)

肥満度判定曲線 (女児)



年、月、日(歳)	. . . (.)	. . . (.)	. . . (.)	. . . (.)
身長 (cm)				
体重 (kg)				
肥満度 (%)				
年、月、日(歳)	. . . (.)	. . . (.)	. . . (.)	. . . (.)
身長 (cm)				
体重 (kg)				
肥満度 (%)				

平成12年度 文部科学省 学校保健統計調査報告書 をもとに作成

作成者：伊藤善也、藤枝善二、高野英正 発行日：2005年10月31日 発行所：株式会社リンク 東京都北区王子4-23-3 (禁無断転載、複製)

「大きく成長したあなたへ」

今、あなたは何歳さいでこれを読むでしょうか？ お父さんやお母さんからあなたが早く小さく生まれたことは聞いているでしょう。これはあなたの成長記録せいちょうきろくです。小さく産うまれても、あなたは一生懸命いっしょうけんめいがんばって、こんなに大きくなったのですね。お母さん、お父さんそしてたくさんの方が、あなたの健康すこやかな成長を祈おうえんって応援してくれたのです。これから大人おとなになっても、折おりに触ふれてこの手帳てちょうをみて、自分のがんばりと多くの人の励はげましと、そして何よりご両親あいじょうの愛情を知しってくださいね。

もし何か困こまったとき、病院にかかるときには、この手帳だいを大事だいじに持って、ぜひ見せてくださいね。大きくなった成人せいじん式の晴はれ着姿ぎすがたを見ることをみんな待っています。



<シナジス®の記録>

シナジス®はRSウイルス（RSV）感染を予防する注射薬です。RSVは気道感染症の原因ウイルスの一つですが、低出生体重児では重篤な症状をおこしやすいため、ガイドラインに従って予防がすすめられています。RSV流行期に毎月1回、筋肉注射を行います。詳しくは主治医にご相談ください。

	接種年月日	接種部位	接種施設名または接種者名
1		右・左	
2			
3			
4			
5			
6			

（アドバイス）予防接種について

退院して安定した状態のお子さんには、早産・低出生体重児であっても一般のお子さんと同じように予防接種を受けることが勧められます。つまり接種開始時期は、修正月齢ではなく暦月齢で考えます。各自治体の案内にしたがって接種をすすめましょう。また体格が小さくても、接種量を減らさず規定量を用います。百日咳は母体からの移行抗体が少なく乳児期早期の感染リスクが高いため、三種混合ワクチンは3ヶ月になったらできるだけ早く、BCGは接種票の使える期間が短いので比較的優先して受けていきましょう。

<医療機関受診の記録>（健診以外）

（「入（入院）/通（通院）」はいずれかに○、「通院」はアレルギー、てんかん、行動の問題など定期的な通院が必要な場合にご活用下さい）

	年 月 日	医療機関名・担当者名	診断、検査、投薬など
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			
入/通			

<画像・脳波・聴力・視力検査の記録>

年月日	○歳○ヵ月	種類	コメント・施設名・記入者名

<発達・心理検査の記録>

年月日	○歳○ヵ月	種類	コメント・施設名・記入者名

<在宅医療の記録>

開始年 月 日	内容・施設名・記入者名

<療育の記録>

開始年 月 日	療育機関名	内容・記入者名

<次回の受診予定メモ>

いつ？	どこの病院？何科？	メモ・記入者名

<退院後の転居通知について>

(保護者の方がご記入のうえ切手を貼って投函して下さい。)

お早めに、入院されていたNICUに新住所をお知らせ下さい。転居されたあとも、適切なフォローアップと保健サービスが受けられるために必要です。



住所変更連絡ハガキ

お子様の名前：

保護者の名前：

お子様の生年月日： 年 月

新住所 : 〒



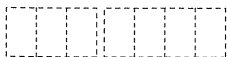
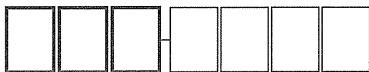
新電話番号：

変更がある場合

新しいフォローアップ医療機関名



切手



＜新フォローアップ施設での健診通知＞

(医療機関の方に御記入、切手を貼って投函をお願いします。)

転居後の新しい医療機関でキーエージ(修正1歳半、暦3歳など)にフォローアップ健診を行った場合には、保護者の方に説明の上、元のNICUの医療機関にご連絡下さい。

✂

健診連絡ハガキ

貴施設NICUを退院された

_____様 (_____年出生) の
_____歳健診を当施設で行いました。

✂

フォローアップ医療機関名・住所・担当医



切手

