

1か月児健康診査票

※ 二重枠内 は、保護者の方が記入してください。

受診日 令和 年 月 日

氏名		生年月日	令和 年 月 日	
住所	男鹿市	日 齢	生後 日 (※生まれた日を0日として計算)	
身体測定				
身長		体重		
cm		g(増加量 g/日)		
		cm		
栄養方法	母乳 ・ 混合 ・ 人工乳			
診察所見 (当てはまる項目に○をつけてください。)	1 身体的発育異常			
	2 外表奇形			
	3 姿勢の異常			
	4 皮膚	ア 黄疸	イ 血管腫	ウ 色素異常 エ その他
	5 頭部	ア 頭血腫	イ 頭囲拡大	ウ 小頭症 エ 縫合異常
	6 顔	ア 特異的顔貌 ウ 口(口唇裂・口蓋裂)	イ 目(白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等) エ 耳(小耳症・副耳・耳瘻孔等)	
	7 頸部	ア 斜頸	イ その他の頸部腫瘍	
	8 胸部	ア 胸部の異常	イ 呼吸の異常	ウ 心雑音 エ 不整脈
	9 腹部・腰背部	ア 臍(肉芽・ヘルニア) イ 腹部腫瘤	ウ そけいヘルニア	エ 仙骨部の異常
	10 四肢	ア 四肢の運動制限	イ 内反足	
	11 神経学的異常	ア モロー反射	イ 筋トーン	
	12 発育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイ～オの2項目以上)	ア 股関節開排制限 イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 エ 女児	ウ 家族歴	オ 骨盤位分娩
	13 その他の異常	()		
	14 新生児聴覚検査	正常 ・ 精査中(右・左) ・ 未実施		
	15 先天性代謝異常等検査の結果説明	済 ・ 未		
	16 便色	異常なし ・ 異常あり(便色カード 番)		
	17 ビタミンK2の投与	3回法 ・ 13回法(できている ・ 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・要治療)	
要紹介となった場合の結果等				
紹介先				
栄 養	良 要指導 ()			
育児環境等	ア 母の心身状態 イ その他 ()			
心 配 事	無 有 ()			
指導内容				
特記事項				
子育て支援の必要性の判定				
1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要 3 その他の支援が必要()				
担当施設名および担当医師				