

受診年月日 _____

**太枠内を記入し、健診当日にお持ちください。
裏面もあります。**

1. 現在一緒に生活している方を記入してください。

氏名	続柄	生年月日 (歳)	職業	氏名	続柄	生年月日 (歳)	職業
	父	・ ・ ()				・ ・ ()	
	母	・ ・ ()				・ ・ ()	
	本人	・ ・ ()				・ ・ ()	
		・ ・ ()				・ ・ ()	

2. 日中の主な保育者はどなたですか。
 母親 父親 祖父母 保育園・託児所 (施設名) その他₅ ()

3. 現在治療中の病気や、その他相談したいことがあればお書きください。
 既往歴 ()

初回聴覚スクリーニング
 (パス₁・リファー₂・未₃・不明₄)
 ABR₁・OAE₂・不明₃
 医療機関名 ()
 再検査
 方法 ABR₁・OAE₂・不明₃
 結果 パス₁・リファー₂・未₃・不明₄

分娩時の特記事項 無・有 (帝王切開術・) 妊娠中の特記事項 無・有 (血圧・尿蛋白・尿糖・)
 健診同伴者 () 問診者 ()

		生後 () 日	出生時の状況 (g 週)	1日増加量 () g								
計測	体重 (g)		身長 (cm)		胸囲 (cm)							
					頭囲 (cm)	カウプ指数						
診察	全身状態 (良・否)					頸定						
	頸定	+ ₁	± ₂	- ₃		フォロー						
	腹位	+	±	-								
	アイコン	+	±	-								
	開排制限	右 +	-	左 +	-							
	フォローの実施 (終了 ₁ 継続 ₂ 指導 ₃)					Dr _____						
個別相談	次回 _____ 担当 _____											
診察所見		判定区分		対応方法		フォローの内容		対応事業		紹介状区分		県報告

ふりがな	男	生年月日
子の氏名	女	平成 年 月 日
電話(自宅)	携帯(父・母)	()

☆太線の外側には、記入しないで下さい →

1. 起床・授乳・睡眠・外遊び・入浴・就寝などを右の表に記入してみましょう。

2. 生後1か月時の栄養は下記のうちどれですか。当てはまるものに○をつけてください。

()母乳栄養₁ ()人工栄養₂ ()混合栄養₃

3. 現在の授乳状況について当てはまるものに○をつけ、質問にお答えください。

()母乳栄養の方₁ ⇒ 1日の授乳回数 _____ 回

()人工栄養の方₂ ⇒ 1日の授乳回数 _____ 回
1回のミルク量 _____ ml
1日のミルクの合計量 _____ ml

()混合栄養の方₃ ⇒ 1日の授乳回数 _____ 回
1日のミルクの合計量 _____ ml

4. 音に対して反応はありますか。例えば見えない方から声をかけたり、ガラガラなどを鳴らすと顔を向けますか。
はい₁ いいえ₂ わからない₃

●お母さんについておたずねします。

5. 育児に疲労感や負担感はありますか。
なし あり どちらともいえない

6. 育児について相談する人や、協力してくれる人はいますか。
いる₁ いない₂ どちらともいえない₃

時間	生活内容
0時	
1時	
2時	
3時	
4時	
5時	
6時	
7時	
8時	
9時	
10時	
11時	
12時	
13時	
14時	
15時	
16時	
17時	
18時	
19時	
20時	
21時	
22時	
23時	

1か月

4か月

きこえ

相談者

☆こちらには記入しないでください。

あやし (+ 土 -) 追視 (+ 土 -) 把握 右 (+ 土 -)
左 (+ 土 -)

喫煙 父：しない₁・する₂ _____ 本/日
母：しない₁・する₂ _____ 本/日

喫煙	
父	-
母	-