

3～4 か月児健康診査票

呉市保健所用

※保護者の方へ 太枠の中を記入してください。

受診券番号										
フリガナ	生年月日 2 0 年 月 日 (か月)									
乳児氏名	□男 □女					受診年月日(西暦) 2 0 年 月 日				
保護者名						在胎週数 週 出生体重 g				
住 所	呉市					電話番号				

お子さまのご様子をお伺いするために、健診後に電話や家庭訪問または保育園等の関係機関へ連絡をさせていただくことがあります。

あてはまるものに○をして()内に記入してください。

1 今までに病気にかかったことがありますか。 □ いいえ □ はい ()

2 現在、治療中の病気がありますか。 □ いいえ □ はい ()

3 予防接種は始めましたか。 □ はい □ いいえ

お子さんの様子と育児について 【該当するところにチェック及び記入をしてください】

(1) よく眠りますか。 (□ はい □ いいえ)

(2) 便は毎日ですか。 (□ はい □ いいえ)

(3) 首がすわりましたか。 (□ はい [か月] □ いいえ)

(4) あやすとよく笑いますか。 (□ はい [か月] □ いいえ)

(5) 動くものを目で追いますか。 (□ はい [か月] □ いいえ)

(6) 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 (□ いいえ □ はい)

(7) 見えない方向から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか。 (□ はい □ いいえ)

(8) お母さんの体調はよいですか。 (□ はい □ いいえ)

(9) 育児や毎日の生活を楽しく過ごしていますか。 (□ はい □ いいえ)

(10) 育児をしていて気持ちが不安定になることがありますか。 (□ いいえ □ はい)

(11) 育児に協力してくれる人はいますか。 (□ はい □ いいえ)

(12) 育児などについて困ったときに相談できる人がいますか。 (□ はい □ いいえ)

(13) 今の授乳について教えてください。 □ 母乳 □ 人工乳 □ 混合

母乳1日 () 回 ミルク () ml × () 回

(14) 母乳・ミルク以外のものを与えていますか。 (□ はい □ いいえ)

(15) 一緒に住んでいる人は誰ですか。[お子さんから見て] ()

(16) 主に育児をしているのは誰ですか。 ()

(17) 今後の離乳食や授乳、育児について保健師等の相談を希望しますか。 (□ はい □ いいえ)

※心配なことや相談したいことがあればお書きください。

()

※医療機関記入欄

身長:			.		cm	体重:					g	頭囲:			.		cm
-----	--	--	---	--	----	-----	--	--	--	--	---	-----	--	--	---	--	----

【診察所見: 該当所見にチェックをしてください】

(1) 身体的発育状況 □体重増加不良 □その他()	(8) 斜頸 □有
(2) けいれん □有 □その他()	(9) 循環器系 □心雑音
(3) 運動機能 □有	(10) 呼吸器系 □有
(4) 神経系・感覚器系 □有	(11) 消化器系 □有
(5) 血液系 □有	(12) 泌尿生殖器
(6) 皮膚 □陰嚢水腫 □停留精巣 □アトピー性皮膚炎 □湿疹 □血管腫 □その他()	(13) 代謝系 □有
(7) 股関節[開排制限] □有	(14) 先天性の身体的特徴 □有

【発達所見】※必須

(1) 定頸 □可 □不可
(2) 腹臥位 □可 □不可
(3) 視性立ち直り反射 □可 □不可
(4) 下肢のつっぱり □可 □不可
(5) その他()

【子育て支援の必要性】※必須

□ 特に問題なし
□ 保健師による支援が必要
□ その他の支援が必要
()

【判定】※必須

□ 異常なし □ 既医療 □ 要経過観察	紹介内容: ()
□ 要紹介 (要精密) □ 要紹介 (要治療)	紹介先: ()

この乳児の健康診査結果は上記のとおりです。 医療機関名
年 月 日 医師