

乳児後期健康診査票

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

お子さまの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。

- 今までに病気にかかったことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい ()
- 現在、治療中の病気がありますか。 ☐ いいえ ☐ はい ()
- 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) 寝返りをしますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
- (2) おすわりしますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
- (3) からだのそばにあるおもちゃに手を伸ばしてつかみますか。 (☐ はい [か月] ☐ いいえ)
- (4) はいはいをしますか。 (☐ はい [か月] ☐ いいえ)
- (5) 自分でつかまって立ちあがりますか。 (☐ はい [か月] ☐ いいえ)
- (6) 瞳が白く見えたり黄緑色に光ってみえることがありますか。 (☐ いいえ ☐ はい)
- (7) 音のする方向に振り向きますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
- (8) 名前を呼んだら振り向きますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
- (9) 「マンマン」「ダダダ」などの繰り返すことばを言いますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
- (10) イナイイナイバーをすると喜びますか。 (☐ いいえ ☐ はい)
- (11) 授乳していますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
- (12) 栄養について
 - 1 離乳食は順調に進んでいますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
 - 2 離乳食の回数 1日()回食
- (13) 育児に協力してくれる人はいますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
- (14) 育児などについて困った時に相談できる人がいますか。 (☐ はい ☐ いいえ)
- (15) お母さんの気持ちや体の調子はよいですか。 (☐ はい ☐ いいえ)

※心配な事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()
(2) 心雑音	☐ 有
(3) 皮膚	☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 湿疹 ☐ 血管腫 ☐ その他()
(4) 呼吸器系	☐ 有
(5) 腹部	☐ 有
(6) 泌尿生殖器	☐ 陰嚢水腫 ☐ 停留精巣 ☐ その他()
(7) その他	()

【発達所見】※必須

(1) 腹臥位	☐ 可 ☐ 不可
(2) 仰臥位タオルかけテスト	☐ 可 ☐ 不可
(3) 引き起こし反射	☐ 可 ☐ 不可
(4) 座位	☐ 可 ☐ 不可
(5) 視性立ち直り反射	☐ 可 ☐ 不可
(6) 下肢のつっぱり	☐ 可 ☐ 不可
(7) ホッピング反応	☐ 可 ☐ 不可
(8) パラシュート反射	☐ 可 ☐ 不可
(9) その他()	

【栄養】※必須

栄養状態	☐ 良 ☐ 要指導
------	---

【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
☐ 要紹介(要精密)
(内容:)
(紹介先:)
☐ 要紹介(要治療)
(内容:)
(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