

※保護者の方へ 太枠の中を記入してください。

[illegible]

※医療機関記入欄

身長:	c m	体重:	g (增加量 g/日)	頭圍:	c m	栄養法: 母乳・混合・人工乳
-----	-----	-----	-------------	-----	-----	----------------

【診察所見：該当所見に○をしてください】

(1) 身体的發育異常	(9) 腹部・腰部部
(2) 外表奇形	ア 臍：肉芽・ヘルニア
(3) 姿勢の異常	イ 腹部腫瘤
(4) 皮膚	ウ そけいヘルニア
ア 黄疸	エ 仙骨部の異常
ウ 色素異常	(10) 四肢
エ その他	ア 四肢の運動制限
(5) 頭部	イ 内反足
ア 頭血腫	(11) 神経学的異常
イ 頭囲拡大	ア モロー反射
ウ 小頭症	イ 筋トーマス
エ 縫合異常	(12) 发育性股関節形成不全リスク因子
(6) 顔	(ア, またはイからオの2項目以上)
ア 特異的顔貌	ア 股関節開排制限
イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等	イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称
ウ 口：口唇裂・口蓋裂	ウ 家族歴
エ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等	エ 女児
(7) 頸部	オ 骨盤位分娩
ア 斜頸	(13) その他の異常
イ その他の頸部腫瘤	(
(8) 胸部	)
ア 胸部の異常	
イ 呼吸の異常	
ウ 心雑音	
エ 不整脈	

【確認事項】 ※必須

【新生児聴覚検査】 正常・精査中（右・左）・未	【育児環境等】 ア 母親の心身状態
【先天性代謝異常等検査の結果説明】 済・未	イ その他（ ） ウ 特記事項なし
【便色カード】（ ）番	【心配事】 無・有（ ）
【ビタミンK ₂ 投与】 できている・できていない	【栄養】 良・要指導

【子育て支援の必要性】 ※必須

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
(	)

【判定】 ※必須

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） （紹介先： ）

【判定者】

健診年月日

年 月 日

医療機関

医師