

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. 家庭での主な保育者はどなたですか。
母親 父親 祖父母 その他 ()

3. 保育園等に通っていますか。
保育園・託児所(施設名)

4. 現在治療中の病気や、その他相談したいことがありましたらお書きください。
既往歴 ()

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・胎位(頭位・骨盤位・その他) 股関節家族歴 無・有() 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)	
診察	全身状態 (良・否)				再診	頸定(異常なし・あり) 頸定
	頸定	+ ₁	± ₂	- ₃		腹位(異常なし・あり)
	腹位	+	±	-		体重増加(異常なし・あり)
	アイコン	+	±	-	その他(異常なし・あり) フォロー	
	開排制限	右 - +	左 - +			
フォローの実施(終了 ₁ 継続 ₂ 指導 ₃)					Dr _____	Dr _____
個別相談					事後の結果	
	担当 _____ 次回 _____					終了 ₁ ・継続 ₂ 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
						紹介区分
						県報告

ふりがな	男	生年月日
子の氏名	女	令和 年 月 日
電話	自宅: なし・048()	携帯(母・父): ()

☆お子さんの生活や様子について、記入してください。

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. 現在の授乳状況についてあてはまるものに○をつけ、質問にお答えください。

() 母乳の方₁ ⇒ 1日の授乳回数 _____ 回

() 人工乳の方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

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

3. 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

☆お子さんのお世話をなさっている方について、記入してください。

4. 育児に疲労感や負担感はありますか。
 父: なし あり どちらともいえない
 母: なし あり どちらともいえない

5. 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

6. 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。
 なし₁ あり₂ 1日 _____ 本

7. 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。
 なし₁ あり₂ 1日 _____ 本

8. ご両親は朝食をどの程度食べていますか。
 父: 毎日食べている₁ 週に数日食べている₂ ほとんど食べない₃
 母: 毎日食べている₁ 週に数日食べている₂ ほとんど食べない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	

授乳

きこえ

相談者

喫煙
 父 -
 母 -

朝食
 父
 母

☆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 -) ・入眠中

【初回聴覚スクリーニング】

方法 ABR₁・OAE₂・不明₃ 医療機関名 ()

結果 左: パス₁・リファ-₂・未₃・不明₄ 右: パス₁・リファ-₂・未₃・不明₄

【再検査】

方法 ABR₁・OAE₂・不明₃

結果 左: パス₁・リファ-₂・未₃・不明₄ 右: パス₁・リファ-₂・未₃・不明₄

【CMV検査】 陰₁・陽₂・未₃

受診年月日

子の氏名			
生年月日	令和	年	月 日

太枠内を記入し、健診当日にお持ちください。

(成育医療等基本方針に基づく評価指標等に係る問診項目)

☆主にお子さんのお世話をなさっている方が記入してください。

☆下記の項目について、該当する選択肢の番号を右の欄にご記入ください。

<p>1. 産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか？</p> <p>1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない</p>	1
<p>2. 妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。</p> <p>1. なし 2. あり(1日 本)</p>	2
	本/日
<p>3. 妊娠中、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていましたか。</p> <p>1. なし 2. あり(1日 本)</p>	3
	本/日
<p>4. 妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。</p> <p>1. なし 2. あり</p>	4
<p>5. この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。</p> <p>1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない</p>	5
<p>6. お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。</p> <p>1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない</p>	6
<p>7. あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない</p>	7
<p>8-①. あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。</p> <p>1. 感じない <u>2. 時々感じる</u> 3. <u>いつも感じる</u></p>	8-①
<p>8-②. (①で「2. 時々感じる」「3. いつも感じる」と回答した人) 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p>	8-②
<p>9. この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてご記入ください。</p> <p>1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した 4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. こどもの口をふさいだ 7. こどもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない</p>	9
<p>10. お子さんのかかりつけの医師はいますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない</p>	10