

大野城市 1か月児健康診査受診券

※太枠内は保護者で記入してください。

住民票のある市町村名	大野城市	保護者氏名	
乳児氏名		生年月日	年 月 日
住民票のある住所	☎		

【身体測定】

身長	体重	頭 囲	栄養法
cm	g(増加量 g/日)	cm	母乳・混合・ミルク

【診察所見】 (該当がある所見に☑のうえ、括弧欄には内容を記載してください。)

- 下記1.～13. まで全て異常なし
1. 身体的発育異常 ()
2. 外表奇形 ()
3. 姿勢の異常 ()
4. 皮膚 黄疽 血管腫 色素異常 その他 ()
5. 頭部 頭血腫 頭囲拡大 小頭症 縫合異常
6. 顔 特異的顔貌 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等
口：口唇裂・口蓋裂 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等
7. 頸部 斜頸 その他の頸部腫瘍
8. 胸部 胸部の異常 呼吸の異常 心雑音 不整脈
9. 腹部・腰背部 臍：肉芽・ヘルニア 腹部腫瘍
そけいヘルニア 仙骨部の異常
10. 四肢 四肢の運動制限 内反足
11. 神経学的異常 モロー反射 筋トーンス
12. 発育性股関節形成不全リスク因子 (アまたはイからオの2項目以上)
ア股関節開排制限 イ大腿/そけい皮膚溝の非対称
ウ家族歴 エ女児 オ骨盤位分娩
13. その他の異常 ()

【確認事項】 下記1.～4. まで全て異常なし

1. 新生児聴覚検査 精査中(右・左) 未
2. 先天性代謝異常等検査の結果説明 未
3. 便色カード () 番
4. ビタミンK2の投与 未

判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 既治療 <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要紹介(要精密・要治療)紹介先()		
----	--	--	--

育児環境等	母の心身状態 <input type="checkbox"/> 母の心身状態 <input type="checkbox"/> その他()	栄養	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導
-------	--	----	---

子育て支援の必要性	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 市町村による支援が必要 <input type="checkbox"/> その他の支援が必要()		
-----------	---	--	--

健診年月日	令和 年 月 日(生後 日)
-------	----------------

健診機関の名称
所在地
担当医師名