

大野城市 1か月児健康診査受診結果票

※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	☐ 黄疸 ☐ 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 ☐ エ女兒 ☐ 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	☐ 異常なし ☐ 既治療 ☐ 要経過観察 ☐ 要紹介（要精密・要治療）紹介先 ()
----	---

育児環境等	☐ 母の心身状態 ☐ その他 ()	栄養	☐ 良 ☐ 要指導
-------	---	----	---

子育て支援の必要性	☐ 特に問題なし ☐ 市町村による支援が必要 ☐ 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