



切り取り

福島市10か月児健康診査票(受診券) 福島市用

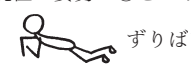


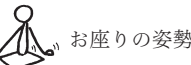
(10か月0日～1歳のお誕生日の前日まで受診することができます)

受診年月日 年 月 日

福島市用

乳幼児健康管理シールを、ここに貼付してください。 シール内容に変更がある場合は、手書きで訂正してください。 (シールのない方は下欄に住所・氏名をご記入ください。)	男・女	生年月日	年 月 日生	年齢	歳	か月
	第 子	在胎週数	週	出生体重	g	
	父の氏名 ()	職業 ()				
	母の氏名 ()	職業 ()				
ふりがな 児氏名	TEL() - ()		年 月	より転入)		
住 所 福島市	日中の保育者 母・父・祖父母・その他 () () 保育所・幼稚園・認定こども園					
	家族構成 父・母・祖父・祖母・その他 () 兄弟 (歳 歳 歳)・弟妹 (歳 歳 歳)					

4か月児健診の受診 未・済 [助言指導 無・有 ()]

一 般 状 態 と 発 達	1. 今まで病気をした事がありますか はいの場合 (病名) 医療機関名 ()	いいえ・はい		
	2. 今、治療している病気がありますか はいの場合 (病名) 医療機関名 ()	いいえ・はい		
	3. かかりつけ医はお持ちですか	はい (医療機関名 ())・いいえ		
	4. ひきつけをおこしたことがありますか	いいえ・はい (回) 熱 あり・なし		
	5. 便通 (日に 回) (かたい・普通・やわらかい・下痢)			
	6. 股関節脱臼検査は受けましたか	はい・いいえ		
	7. 歯 (か月萌出 現在 $\frac{\text{上}}{\text{本}}$)			
	8. 気になるくせはありますか (目つき、しぐさなど)	いいえ・はい		
	9. 支えなしでおすわりをしますか	はい・いいえ		
	10. ハイハイをしますか 現在の姿勢に○をつけてください。	はい・いいえ		
	 ずりばい	 四つばい	 高ばい	 お座りの姿勢で移動
	11. ものにつかまって床から自力で立ち上がりますか	はい・いいえ		
	12. つたい歩きをしますか	はい・いいえ		
	13. 小さいものを指でつかめますか	はい・いいえ		
	14. 名前を呼ぶと反応し視線は合いますか	はい・いいえ		
	15. いつもいっしょにいる人と知らない人との区別がありますか	はい・いいえ		
	16. 人まね (手パチパチ等) をしますか	はい・いいえ		
	17. 気づかれぬようにしてそっと近づいて、ささやき声で名前を呼ぶと振り向きませんか	はい・いいえ		
	18. ママー・パーパーなど繰り返した声を出しますか	はい・いいえ		
	19. ご家庭で事故防止対策を行っていますか	はい・いいえ		
	20. 食べ物以外の物を飲み込んだことがありますか はいの場合 どのようなものですか ()	いいえ・はい		
	21. 1日の生活リズムを記入して下さい 起きの時間 (時 分頃) 寝る時間 (時 分頃)	0 3 6 9 12 15 18 21 24		
	22. テレビやDVD、スマートフォンなどをお子さんに見せていますか 離乳食◎ 授乳▲ 起床◎ 睡眠◎ (寝ているところは斜線で記入)	全く見せていない・見せている (回/週 分/日)		
23. 夜21時以降に食事などでお子さんを連れて外出することはありますか	ない・ある (回/週)			

栄 養	24. 離乳食 1日 回×子ども茶碗 杯 (おかゆ、軟食、普通食) ・現在食べているもの (卵、魚、肉、豆腐、納豆、チーズ、野菜、油類、果物、ヨーグルト、ジュース、おかし) ・母 乳 (1日 回) ・ミルク (1日 回× ml) ・水分 ()
--------	--

予 防 接 種	25. 次の予防接種は済みですか ・ヒブ 未・ () 回目・小児用肺炎球菌 未・ () 回目・B型肝炎 未・ () 回目 ・4種混合 未・ () 回目・BCG 未・済 ・ロタウイルス 未・ () 回目
------------------	---

育 児 環 境	26. お母さんの嗜好 妊娠中 たばこは吸っていなかった・吸っていた (本/日) 現 在 たばこは吸わない・吸う (本/日)	
	27. お父さんの嗜好 妊娠中 たばこは吸っていなかった・吸っていた (本/日) 現 在 たばこは吸わない・吸う (本/日)	

育 児 環 境	28. お母さんは気分が沈んだり憂うつな気持ちになったりすることがよくありますか	いいえ・はい
	29. お父さんは気分が沈んだり憂うつな気持ちになったりすることがよくありますか	いいえ・はい
	30. お母さんはどうしても物事に対し興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか	いいえ・はい
	31. お父さんはどうしても物事に対し興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか	いいえ・はい
	32. お母さん、お父さんで育児や家事を協力して行っていますか	はい・いいえ
	33. 必要な時に育児や家事を手伝ってくれる人はいますか	いる (配偶者・親・友人・近所の人・その他) ・いない
	34. 子育てについて話をしたり、相談する人がいますか	いる (配偶者・親・友人・近所の人・その他) ・いない
境	35. 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	はい・何ともいえない・いいえ
	36. 子育てに自信が持てないことがありますか	はい・何ともいえない・いいえ
	37. 精神的にイライラしたり、育児に負担を感じる時がありますか	いいえ・はい
	はいの場合 どんときですか、何が一番大変ですか	()

相 談	38. 何か相談したいことや心配なことはありますか	ない・ある
--------	---------------------------	-------

体 重	97 P ↑ N g 3 P ↓	身 長	97 P ↑ N cm 3 P ↓	胸 囲	97 P ↑ N cm 3 P ↓	頭 囲	97 P ↑ N cm 3 P ↓
--------	------------------------	--------	-------------------------	--------	-------------------------	--------	-------------------------

大泉門	横指開 (× cm) ・閉
-----	----------------

診 察 項 目	内 科	発育遅滞 (身長・体重; 3% ↓) 貧血、黄疸、 心雑音 (病的、機能的)、不整脈、気道感染
	発 達 ・ 神 経	引き起こし反応 (+ -) 坐位 (+ -) Shuffling (いざり這い) (+ -) 協力的 つかまり立ち (+ -) ホッピング反応 (+ -) 非協力的 パラシュート反応 (+ -) 発達遅滞 けいれん (回、有熱、無熱) 頭囲異常 (大頭、小頭、変形)
	眼	科: 視反応異常、斜視、睫毛内反、眼瞼下垂、眼球振盪、白内障、眼脂
	耳 鼻 咽 喉 科 ・ 歯 科	科: 耳介変形、外耳ろう孔、耳漏、聴覚異常、口蓋裂、扁桃肥大 (Ⅲ度)、 萌歯異常
	外 科	科: ヘルニア (ソケイ、臍)
	整 形 外 科	科: 斜頸、股関節開排制限、内・外反足、指趾奇形
	泌 尿 器 科	科: 尿道下裂、半陰陽、精索水腫、陰のう水腫、睾丸腫瘍、停留精巢
	皮 膚 科	科: 汗疹、湿疹、膿痂疹、皮膚炎 (おむつ、間擦性、アトピー性)、 母斑、血管腫
	そ の 他	

指 示 事 項	1 異常なし	
	2 既 医 療	1) 当院対応 [内容 ()]: → (年 月)
	3 要経過観察	2) 市 対 応 [指示内容: ()] → ① 1歳6か月児健診確認 ② 電 話 (年 月) ③ 訪 問 (年 月)
	4 要 紹 介 (要精密)	当院・他医療機関 [紹介先: ()] [紹介内容: ()]
	5 要 紹 介 (要治療)	

指 導 内 容	1. 発 育 2. 発 達 3. 離 乳 食 4. 事故防止 5. 疾 病 6. 予 防 接 種 7. 歯 科 相 談 8. そ の 他	実施医療機関名・診察医師名
------------------	---	---------------

※2枚複写になっておりますので切り離したうえで、折ったままでなく、広げて太線内を記入して下さい。