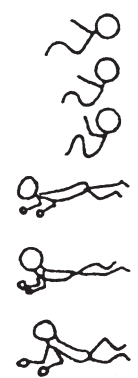




受診年月日 令和 年 月 日

※切り離れたうえで、折ったままでなく、広げて太線内を記入して下さい。

一般状態と発達	1. 今まで病気をした事や、治療している病気がありますか	いいえ・はい（病名	医療機関名					
	2. ひきつけをおこしたことがありますか	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. そりやすく、抱ぎにくいことがありますか	いいえ・はい（どんなとき	）					
	5. 股関節脱臼検査を受けましたか	はい・いいえ						
	6. 首はすわっていますか	はい・いいえ	10. 声かけに応じて、声をたてて笑いますか	はい・いいえ				
生	7. うつぶせで頭をあげますか	はい・いいえ	11. 視線は合いますか	はい・いいえ				
	8. あおむけで手足をよく動かしますか	はい・いいえ	12. 動くものを目で追いますか	はい・いいえ				
	9. おもちゃを持たせるとにぎっていますか	はい・いいえ	13. 音のするほうを向きますか	はい・いいえ				
活	1日の生活リズムを記入してください〔起床☉、睡眠🌙(寝ているところは斜線で記入) 母乳🍼、ミルク🥛〕 0 6 12 18 24 							
	・母 乳（1日 回、1回の授乳時間 分間） ・ミルク（1日 回× ml） ・便 通（ 日に 回）（かたい・普通・やわらかい・下痢）							
相談	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 							
診	体重	97 P ↑ N g 3 P ↓	身長	97 P ↑ N . cm 3 P ↓	頭囲	97 P ↑ N . cm 3 P ↓		
	大泉門 横指開（ × cm） ・閉							
内 科：発育遅滞（身長・体重・3%↓） 特異的顔貌、貧血、黄疸、チアノーゼ、喘鳴、心雑音、不整脈 発 達 ・ 神 経：姿勢・運動（正常 異常） ・四肢のバランス（正常 異常） 引き起こし反応（+ -） ・坐位（腰を支えて）（+ -） 首の坐り（+ -） ・垂直抱き（正常 異常） 水平抱き（Landou反応）（+ -） ・Moro反射（- +） けいれん、頭囲異常（大頭 小頭 変形） 眼 科：斜視、眼瞼下垂、眼球振盪、鼻涙管狭窄、眼脂 耳 鼻 咽 喉 科：耳介変形、外耳ろう孔、耳漏、口蓋裂、耳の聞こえ 外 科：胸膈変形、腹部膨満、腹部腫瘤、ヘルニア（ソケイ、臍）、肛門部（ ） 整 形 外 科：斜頸、股関節異常（開排制限、非対称）、指趾奇形 泌 尿 器 科：尿道下裂、半陰陽、精索水腫、陰のう水腫、停留精巣 皮 膚 科：汗疹、湿疹、膿痂疹、皮膚炎（おむつ、間擦性、アトピー性）、血管腫、母斑 そ の 他								
	察示事項	1 異常なし	] : → (R 年 月) → { ①電 話 R 年 月) ②訪 問 R 年 月) }					
		2 既 医 療						
		3 要経過観察 → { 1) 当院対応 [内容] : → (R 年 月) 2) 市 対 応 [指示内容 :						
		4 要紹介 (要精検)						{ 当院・他医療機関 { 紹 介 先 : 紹 介 内 容 :
		5 要紹介 (要治療)						
	実施医療機関名・診療医師名							