



切り取り

# 福島市10か月児健康診査票(受診券) 福島市用

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 令和 年 月 日

ふりがな 児氏名	男・女	生年月日 令和 年 月 日生	月齢 (修正 月 日)	
	第 子	在胎週数 週 日	出生体重 g	
住 所 福島市	日中の保育者 母・父・祖父母・その他( ) ( ) 保育所・認定こども園			
父の氏名( ) 職業( ) 母の氏名( ) 職業( ) TEL - - ( ) 年 月 より転入)	家族構成 父・母・祖父・祖母・その他( ) 兄弟( 歳 歳 歳)			
4か月児健診の受診 未・済 [助言指導 無・有( )]				
※2枚複写になっており、折ったままでなく、広げて太線内を記入して下さい。	1. 今まで病気をした事がありますか	いいえ・はい(病名 )	医療機関名 ( )	
	2. 今、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 ( )	
	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 $\frac{\text{上}}{\text{下}}$ 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. うつぶせから自力でおすわりになれますか	はい・いいえ		
	10. 支えなしでおすわりをしますか	はい・いいえ		
	11. ハイハイをしますか	はい・いいえ		
	ハイハイの姿勢に○をつけてください。			
		ずりばい		四つばい
		高ばい		おすわりの姿勢で移動
	12. つかまり立ちをしますか	はい・いいえ		
	13. つたい歩きをしますか	はい・いいえ		
	14. 小さいものを指でつかめますか	はい・いいえ		
	15. 名前を呼ぶと反応し視線は合いますか	はい・いいえ		
	16. 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		
	17. 人まね(手パチパチ等)をしますか	はい・いいえ		
	18. 気づかれぬようそっと近づいて、ささやき声で名前を呼ぶと振り向きですか	はい・いいえ		
19. マーマー・バーバーなど繰り返した声を出しますか	はい・いいえ			
20. ご家庭で事故防止対策を行っていますか	はい・いいえ			
21. 食べ物以外の物を飲み込んだことがありますか	いいえ・はい			
はいの場合 どのようなものですか( )				
22. 1日の生活リズムを記入して下さい	0 6 12 18 24 起る時間( 時 分頃) 寝る時間( 時 分頃) 離乳食◎ 授乳▲ 起床◎ 睡眠◎ (寝ているところは斜線で記入)			
23. スマートフォン、タブレット、テレビなどをお子さんに見せていますか	全く見せていない・見せている( 回/週 分/日):見せているものはどれですか(スマートフォン・タブレット・テレビ)			
24. 夜9時以降に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)			
育 児 環 境	25. 現在、お母さんは喫煙していますか	いいえ・はい		
	26. 現在、お父さんは喫煙していますか	いいえ・はい		
	27. 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		
	28. お母さんはどうしても物事に対し興味がわからない、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		
	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. お父さんはどうしても物事に対し興味がわからない、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		
	32. 悩んでいるとき相談できる人はいますか	(配偶者・親・友人・近所の人・その他)・誰もいない		
	33. 必要な時に育児や家事を協力してくれる人はいますか	(配偶者・親・友人・近所の人・その他)・誰もいない		
	34. 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		
35. 子育てに自信が持てないことがありますか	いいえ・何ともいえない・はい			
36. よくイライラしていますか	いいえ・はい			
どんな時ですか、何が一番大変ですか ( )				

栄 養	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	受けたものすべてに○ ヒ ブ 未・1・2・3 小児用肺炎球菌 未・1・2・3 B型肝炎 未・1・2・3 ロタウイルス 未・1・2・3 4種混合 未・1・2・3 B C G 未・済							
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 ( )							
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	<b>内 科</b> : 発育遅滞(身長・体重; 3%↓) 特異的顔貌、貧血、黄疸、 心雑音(病的、機能的)、不整脈、呼吸器( )、腹部( ) <b>発 達 ・ 神 経</b> : 引き起こし反応(+ -) 座位(+ -) 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) <b>眼 科</b> : 視反応異常、斜視、睫毛内反、眼瞼下垂、眼球振盪、白内障、眼脂 <b>耳鼻咽喉科・歯科</b> : 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 <b>外 科</b> : ヘルニア(ソケイ、臍)、肛門部( ) <b>整 形 外 科</b> : 斜頸、股関節開排制限、内・外反足、指趾奇形 <b>泌 尿 器 科</b> : 尿道下裂、半陰陽、精索水腫、陰のう水腫、睪丸腫瘍、停留精巣 <b>皮 膚 科</b> : 汗疹、湿疹、膿痂疹、皮膚炎(おむつ、間擦性、アトピー性)、 母班、血管腫、皮下出血、紫斑(部位: ) <b>そ の 他</b>							
	指 示 事 項	1 異常なし 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: ] → { ① 1歳6か月児健診確認 ② 電 話 R 年 月 ) ③ 訪 問 R 年 月 ) } 4 要 紹 介 (要精検) } 当院・他医療機関 { 紹 介 先 : 5 要 紹 介 (要治療) } 紹 介 内 容 :						
		実施医療機関名・診察医師名						



切り取り

# 福島市10か月児健康診査票(受診券) 実施医療機関用

実施医療機関用

(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 令和 年 月 日

※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。

ふりがな 児氏名	男・女	生年月日 令和 年 月 日生	月齢 (修正 月 日)	
	第 子	在胎週数 週 日	出生体重 g	
住 所 福島市	日中の保育者 母・父・祖父母・その他( ) ( ) 保育所・認定こども園			
父の氏名( ) 職業( ) 母の氏名( ) 職業( ) TEL - - ( ) 年 月 より転入)	家族構成 父・母・祖父・祖母・その他( ) 兄弟( 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 生 活 習 慣 育 児 環 境	1. 今まで病気をした事がありますか	いいえ・はい(病名 )	医療機関名 ( )	
	2. 今、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 ( )	
	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 $\frac{\text{上}}{\text{下}}$ 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. うつぶせから自力でおすわりになれますか	はい・いいえ		
	10. 支えなしでおすわりをしますか	はい・いいえ		
	11. ハイハイをしますか	はい・いいえ		
	ハイハイの姿勢に○をつけてください。			
		ずりばい		四つばい
		高ばい		おすわりの姿勢で移動
	12. つかまり立ちをしますか	はい・いいえ		
	13. つたい歩きをしますか	はい・いいえ		
	14. 小さいものを指でつかめますか	はい・いいえ		
	15. 名前を呼ぶと反応し視線は合いますか	はい・いいえ		
	16. 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		
	17. 人まね(手パチパチ等)をしますか	はい・いいえ		
	18. 気づかれぬようそっと近づいて、ささやき声で名前を呼ぶと振り向きですか	はい・いいえ		
19. マーマー・バーバーなど繰り返した声を出しますか	はい・いいえ			
20. ご家庭で事故防止対策を行っていますか	はい・いいえ			
21. 食べ物以外の物を飲み込んだことがありますか	いいえ・はい			
はいの場合 どのようなものですか( )				
22. 1日の生活リズムを記入して下さい	0 6 12 18 24 起る時間( 時 分頃) 寝る時間( 時 分頃)			
23. スマートフォン、タブレット、テレビ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):見せているものはどれですか(スマートフォン・タブレット・テレビ)				
24. 夜9時以降に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)			
25. 現在、お母さんは喫煙していますか	いいえ・はい			
26. 現在、お父さんは喫煙していますか	いいえ・はい			
27. 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			
28. お母さんはどうしても物事に対し興味がわからない、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			
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. お父さんはどうしても物事に対し興味がわからない、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			
32. 悩んでいるとき相談できる人はいますか	(配偶者・親・友人・近所の人・その他)・誰もいない			
33. 必要な時に育児や家事を協力してくれる人はいますか	(配偶者・親・友人・近所の人・その他)・誰もいない			
34. 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			
35. 子育てに自信が持てないことがありますか	いいえ・何ともいえない・はい			
36. よくイライラしていますか	いいえ・はい			
どんな時ですか、何が一番大変ですか	( )			

栄 養	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	受けたものすべてに○ ヒ ブ 未・1・2・3 小児用肺炎球菌 未・1・2・3 B型肝炎 未・1・2・3 ロタウイルス 未・1・2・3 4種混合 未・1・2・3 B C G 未・済
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 ( )
体 重	97 P ↑ 身長 97 P ↑ 胸囲 97 P ↑ 頭囲 97 P ↑ N N N N g 3 P ↓ . cm 3 P ↓ . cm 3 P ↓ . cm 3 P ↓
大泉門 横指開( × cm) ・閉	
診	内 科 : 発育遅滞(身長・体重; 3% ↓) 特異的顔貌、貧血、黄疸、 心雑音(病的、機能的)、不整脈、呼吸器( )、腹部( ) 発 達 ・ 神 経 : 引き起こし反応(+ -) 座位(+ -) 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 : 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 : ヘルニア(ソケイ、臍)、肛門部( ) 整 形 外 科 : 斜頸、股関節開排制限、内・外反足、指趾奇形 泌 尿 器 科 : 尿道下裂、半陰陽、精索水腫、陰のう水腫、睪丸腫瘍、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)、 母班、血管腫、皮下出血、紫斑(部位: ) そ の 他
指 示 事 項	1 異常なし 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: ] } → { ① 1歳6か月児健診確認 ② 電 話 R 年 月 ) ③ 訪 問 R 年 月 ) } 4 要 紹 介 (要精検) } 当院・他医療機関 { 紹 介 先 : 5 要 紹 介 (要治療) } 紹 介 内 容 :
実施医療機関名・診察医師名	