

3～4か月児健康診査票

保健所用

※保護者の方へ 太枠の中を記入してください。

受診券番号		生年月日	令和	年	月	日	(月)
フリガナ	男・女	受診年月日(西暦)		20	年	月	日
乳児氏名		在胎週数	週	出生体重 g			
保護者名		住所 呉市				電話番号	

お子さまのご様子をお伺いするために、健診後に電話や家庭訪問または保育園等の関係機関へ連絡をさせていただきますことがあります。

あてはまるものに○をして()内に記入してください。

- | | |
|---------------------|-----------|
| 1 いままでかかった病気がありますか。 | なし・あり () |
| 2 現在、治療中の病気がありますか。 | なし・あり () |
| 3 予防接種は始めましたか。 | はい・いいえ |

お子さんの様子と育児について

- | | |
|---|------------------------------|
| (1) よく眠りますか。 | はい・いいえ |
| (2) 便は毎日ですか。 | はい・いいえ |
| (3) 首がすわりましたか。 | はい・いいえ |
| (4) あやすとよく笑いますか。 | はい・いいえ |
| (5) 動くものを目で追いますか。 | はい・いいえ |
| (6) 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 | いいえ・はい |
| (7) 見えない方向から声をかけるとそちらの方を見ようとしますか。 | はい・いいえ |
| (8) お母さんの体調はよいですか。 | はい・いいえ |
| (9) 育児や毎日の生活を楽しく過ごしていますか。 | はい・いいえ |
| (10) 育児をしていて気持ちが不安定になることがありますか。 | いいえ・はい |
| (11) 育児に協力してくれる人はいますか。 | はい・いいえ |
| (12) 育児などについて困ったときに相談できる人がいますか。 | はい・いいえ |
| (13) 今の授乳について教えてください。 | 母乳 1日()回
ミルク()ml×1日()回 |
| (14) 母乳・ミルク以外のものを与えていますか。
「はい」の方(何を) (どのくらい) | はい・いいえ |
| (15) 一緒に住んでいる人は誰ですか。[お子さんから見て] () | |
| (16) 主に育児をしているのは誰ですか。 () | |
| (17) 今後の離乳食や授乳、育児について保健師等の相談を希望しますか。 | はい・いいえ |
- ※心配なことや相談したいことがあればお書きください。

【健診状況】

体重	g	身長	cm	胸 囲	cm	頭 囲	cm
診 察 所 見	1 身体的発育所見	無・有		【発達所見】			
	ア 体重増加不良			a 定頸	可・不可		
	イ その他 ()			b 腹臥位	可・不可		
	2 心雑音所見	無・有		c 視性立ち直り反射	可・不可		
	3 皮膚所見	無・有		d 下肢のつっぱり	可・不可		
	ア アトピー性皮膚炎	イ 湿疹	ウ 血管腫				
	エ その他 ()			e その他 ()			
	4 肺所見	無・有 ()					
5 腹部所見	無・有 ()						
6 泌尿器系所見	無・有						
ア 停留精巣	イ 陰嚢水腫			【健診結果】			
ウ その他 ()			所見なし・要指導・要観察・要精密・要治療・治療中				
7 先天性股関節脱臼	無・有		【内容】				
8 その他 ()			【紹介先】				

この乳児の健康診査結果は上記のとおりです。 年 月 日

医療機関
医 師