

# 乳児後期健康診査票

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 |     |  |  |  |           |    |      |   |   |       |   |
| フリガナ  |     |  |  |  | 生年月日      | 令和 | 年    | 月 | 日 | ( 月 ) |   |
| 乳児氏名  | 男・女 |  |  |  | 受診年月日(西暦) |    | 20   | 年 | 月 | 日     |   |
| 保護者名  |     |  |  |  | 在胎週数      | 週  | 出生体重 |   |   |       | g |
| 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 アレルギーなど心配がありますか。  | なし・あり ( ) |

### お子さんの様子と育児について

- |  |          |
|--|----------|
| (1) 寝返りをしますか。  | はい ・ いいえ |
| (2) おすわりをしますか。   | はい ・ いいえ |
| (3) からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。  | はい ・ いいえ |
| (4) はいはいをしますか。   | はい ・ いいえ |
| (5) 自分でつかまって立ちあがりますか。  | はい ・ いいえ |
| (6) 瞳が白く見えたり黄緑色に光って見えることがありますか。  | はい ・ いいえ |
| (7) 音のする方向に振り向きみますか。   | はい ・ いいえ |
| (8) 名前を呼んだら振り向きみますか。   | はい ・ いいえ |
| (9) 「マンマン」「ダダダ」などの繰り返すことばを言いますか。   | はい ・ いいえ |
| (10) イナイイナイパーをすると喜びますか。  | はい ・ いいえ |
| (11) 授乳していますか。   | はい ・ いいえ |
| (12) 栄養について  |          |
| 1 離乳食は順調に進んでいますか。  | はい ・ いいえ |
| 2 離乳食の回数 1日 ( <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ) 回食 |          |
| (13) 育児に協力してくれる人はいますか。   | はい ・ いいえ |
| (14) 育児などについて困った時に相談できる人がいますか。   | はい ・ いいえ |
| (15) お母さんの気持ちや体の調子はよいですか。  | 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】

※胸囲は測定不要です

| 体 重              | g          | 身 長       | cm         | 胸 囲                      | cm            | 頭 囲    | cm |
|------------------|------------|-----------|------------|--------------------------|---------------|--------|----|
| 診<br>察<br>所<br>見 | 1 身体的発育所見  |           | 無 ・ 有      |                          | 【発達所見】        |        |    |
|                  | ア 体重増加不良   |           |            |                          | a 腹臥位         | 可 ・ 不可 |    |
|                  | イ その他 ( )  |           |            |                          | b 仰臥位タオルかけテスト | 可 ・ 不可 |    |
|                  | 2 心雑音所見    |           | 無 ・ 有      |                          | c 引き起こし反射     | 可 ・ 不可 |    |
|                  | 3 皮膚所見     |           | 無 ・ 有      |                          | d 座位          | 可 ・ 不可 |    |
|                  | ア アトピー性皮膚炎 |           | イ 湿疹 ウ 血管腫 |                          | e 視性立ち直り反射    | 可 ・ 不可 |    |
|                  | エ その他 ( )  |           |            |                          | f 下肢のつっぱり     | 可 ・ 不可 |    |
| 4 肺所見            |            | 無 ・ 有 ( ) |            | g ホッピング反応                | 可 ・ 不可        |        |    |
| 5 腹部所見           |            | 無 ・ 有 ( ) |            | h パラシュート反射               | 可 ・ 不可        |        |    |
| 6 泌尿器系所見         |            | 無 ・ 有     |            | i その他 ( )                |               |        |    |
| 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 その他 ( )        |            |           |            | 【内容】                     |               |        |    |
|                  |            |           |            | 【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