

1か月児健康診査票

受診日 令和 年 月 日 乳児氏名

身体測定（生後（ ）日）					
身長	体重	頭囲	栄養法		
cm	g（増加量 g/日）	cm	母乳・混合・人工乳		
診 察 所 見	1 身体的発育異常		9 腹部・腰背部	ア 臍：肉芽・ヘルニア	
	2 外表奇形			イ 腹部腫瘍	
	3 姿勢の異常			ウ そけいヘルニア	
	4 皮膚		ア 黄疸	エ 仙骨部の異常	
			イ 血管腫		
			ウ 色素異常		
			エ その他		
	5 頭部		ア 頭血腫	10 四肢	ア 四肢の運動制限
			イ 頭囲拡大		イ 内反足
			ウ 小頭症		
			エ 縫合異常		
	6 顔		ア 特異的顔貌	11 神経学的異常	ア モロー反射
			イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・ 眼瞼の異常等		イ 筋トーンス
			ウ 口：口唇裂・口蓋裂		
			エ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等		
7 頸部		ア 斜頸	12 发育性股関節形成不全リスク因子 （ア、またはイからオの2項目以上）	ア 股関節開排制限	
		イ その他の頸部腫瘍		イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称	
				ウ 家族歴	
8 胸部		ア 胸部の異常	エ 女児	オ 骨盤位分娩	
		イ 呼吸の異常			
		ウ 心雑音			
		エ 不整脈			
判定		13 その他の異常			
1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察		14 新生児聴覚検査 正常 ・ 精査中(右・左) ・ 未			
4 要紹介(要精密 ・ 要治療)		15 先天性代謝異常等検査の結果説明 済 ・ 未			
紹介先		16 便色カード 番			
診査医名		17 ビタミンK ₂ の投与 できている ・ できていない			
育児環境等					
ア 母の心身状態					
イ その他					
心配事 無 ・ 有()					
栄養 良 ・ 要指導()					
子育て支援の必要性の判定					
1 特に問題なし 2 保健師による支援が必要					
3 その他の支援が必要()					
判定者					
記事(要紹介となった場合の結果等)					