

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	ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他	9 腹部・腰背部	ア 臍:肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘍 ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常
	2 外表奇形		10 四肢	ア 四肢の運動制限 イ 内反足
	3 姿勢の異常		11 神経学的異常	ア モロー反射 イ 筋トーンス
	4 皮膚		12 発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 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ウ 家族歴 エ 女兒 オ 骨盤位分娩
	5 頭部		13 その他の異常	
	6 顔		14 新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未
	7 頸部		15 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未
	8 胸部		16 便色カード	番
			17 ビタミンK ₂ の投与	できている・できていない
			判定 1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密・要治療)	
	紹介先			
	診査医名			
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)				