

大野城市 1 か月児健康診査結果票

○太枠内は保護者の方が記入してください。

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
------------	--	------	-------

健診結果 □該当欄にレをつけてください。

健診年月日		令和 年 月 日 (生後 日)				
身長	cm	体重	g(増加量 g/日)		頭囲	cm

栄養状態 □ 母乳 □ 混合 □ 人工乳

☐ なし ※「あり」の場合は下記項目にチェック

☐ 身体的発育	☐ 胸部
☐ 外表奇形	ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常
☐ 姿勢の異常	ウ 心雑音 エ 不整脈
☐ 皮膚	☐ 腹部・腰背部
ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常	ア 臍：肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘤
エ その他	ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常
☐ 頭部	☐ 四肢
ア 頭血腫 イ 頭囲拡大	ア 四肢の運動制限 イ 内反足
ウ 小頭症 エ 縫合異常	☐ 神経学的異常
☐ 顔	ア モロー反射 イ 筋トーンス
ア 特異的顔貌	☐ 发育性股関節形成不全リスク因子
イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等	(ア、またはイからオの2項目以上)
ウ 口：口唇裂・口蓋裂	ア 股関節開排制限 イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称
エ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等	ウ 家族歴 エ 女児 オ 骨盤位分娩
☐ 頸部	☐ その他の異常 ()
ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘤	

☐ 新生児聴覚検査実施状況	☐ 先天性代謝異常検査の結果説明
ア 正常 イ 精査中(右・左) ウ 未	ア 済 イ 未

☐ 便色カード	☐ ビタミンK2の投与
() 番	ア できている イ できていない

☐ 育児環境	☐ 心配事	ア 無	イ 有	
ア 母の心身状態	イ その他	☐ 栄養	ア 良	イ 要指導

判定

☐ 異常なし ☐ 既医療(医療機関名：)

☐ 要経過観察 ☐ 要紹介(要精密検査) ☐ 要紹介(要治療)

紹介先

子育て支援の必要性の判定

☐ 特に問題なし ☐ 保健師による指導が必要 ☐ その他の支援が必要

健診機関の名称

所在地

担当医師名