

八郎潟町1か月児健康診査受診票

受診日 令和 年 月 日(生後 か月 日)

住所： 八郎潟町

フリガナ 氏名： 性別： 男 女 生年月日： 令和 年 月 日

身体測定(生後()日)
身長 cm 体重 g(増加量 g/日) 頭囲 cm

既往歴 無・有()

診察所見	1 身体的発育異常	
	2 外表奇形	
	3 姿勢の異常	
	4 皮膚	ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他
	5 頭部	ア 頭血腫 イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常
	6 顔	ア 特異的顔貌 イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・ 眼瞼の異常等 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 イ その他の頸部腫瘍
	8 胸部	ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈
	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
	10 四肢	ア 四肢の運動制限 イ 内反足
	11 股関節	ア 股関節開排制限 イ その他
	12 神経学的異常	ア モロー反射 イ 筋トーンス
	13 その他の異常	
	14 新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左)・未
15 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未	
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)