

1 か月児健康診査票

乳児氏名：

受診日： 年 月 日

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 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		
	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		10. 四肢 ア. 四肢の運動制限 イ. 内反足
	5. 頭部 ア. 頭血種 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		11. 神経学的異常 ア. モロー反射 イ. 筋トーンス
	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		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 エ. 骨盤位分娩
	【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】		13. その他の異常：
【診査医名】	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K2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）】