

1か月児健康診査受診票(無料)

乳児氏名	フリガナ	男 ・ 女
		令和 年 月 日生 (西暦20 年)
保護者氏名	フリガナ	電話番号
		- -
住所	〒 - 北九州市 区	
現在の家族構成	父()歳 母()歳 子どもの数()人 この子は()人目 祖父母などの同居 なし・あり ①祖母 ②祖父 ③その他() 昼間の保育者 ①母 ②父 ③()	
妊娠出産の経過	出産場所(病院・医院・クリニック) 妊娠中の異常 なし・あり ①妊娠高血圧症 ②糖尿病 ③切迫流早産 ④その他() 妊娠中の喫煙 なし・あり (1日 本) 妊娠中の飲酒 なし・あり () 分娩の方法 ①経腔(頭位・骨盤位) ②吸引 ③帝王切開 分娩中の異常 なし・あり ()	
新生児期から乳児期	出生時体重(g)	在胎週数(週 日)
	退院日の体重(g)	退院日は生後(日目)
	出生後の異常 なし・あり ①仮死 ②強い黄疸 ③けいれん ④呼吸障害 ⑤()	
	代謝異常等検査 ①受けた(正常・異常) ②受けていない	
	新生児聴覚検査 ①受けた(正常・異常) ②受けていない	
	ビタミンK2 ①投与している ②投与していない	
利用した市のサービス	①ペリネイタルビジット ②産後ケア事業 ③()	
	指摘されたこと なし・あり()	
	満足できましたか はい・いいえ(理由)	
	生まれつきの病気 なし・あり (①心臓病 ②)	
	退院後の病気 なし・あり ()	
	退院後の事故 なし・あり (①やけど ②転落 ③)	
心配な事 相談したい事		

※ 太ワク内は、保護者が記入してください。

※ 父母の年齢は、記入時の年齢を書いてください。

1か月児健診アンケート(保護者の記録)

次のことについておたずねします。当てはまるものに○をつけてください。

1	お乳をよく飲みますか。	はい・いいえ
2	元気な声で泣きますか。	はい・いいえ
3	大きな音にピクっと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか。	はい・いいえ
4	お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。	いいえ・はい
5	体が特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。	いいえ・はい
6	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。	はい・いいえ
7	裸にすると手足をよく動かしますか。	はい・いいえ
8	現在、母親は喫煙をしていますか。	なし・あり(1日 本)
9	現在、父親(パートナー)は喫煙をしていますか。	なし・あり(1日 本)
10	窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。	はい・いいえ
11	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。	はい・いいえ
12	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	はい・いいえ・何ともいえない
13	赤ちゃんをいとおしいと感じますか。	はい・いいえ・何ともいえない
14	子育てについて不安や困難を感じることはありますか。	いいえ・はい・何ともいえない
15	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。	はい・いいえ
16	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか。	いいえ・はい
17	母親と父親(パートナー)は、協力して家事・育児をしていますか。	そう思う・どちらかといえばそう思う・どちらかといえばそう思わない・そう思わない
18	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。	いいえ・はい
19	今の暮らしの経済状況を総合的にどう感じていますか。	大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい
20	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	いいえ・はい
21	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありますか。	いいえ・はい
22	あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。	いいえ・はい
23	あなたご自身の体調面(倦怠感・体重減少等)で気になることはありますか。	いいえ・はい
24	あなたは、時々ご自身の時間をもつことはできていますか。	はい・いいえ
25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存じですか。	はい・いいえ

※健康診査を受けていない場合や健診結果によって、保護者の方へ連絡又は訪問することがあります。またお子様の健康のため、専門機関へ連絡することがあります。

※健診後、気になることやご相談があれば、区役所健康相談コーナーの保健師にお尋ねください。

※個人情報の取り扱いについては「北九州市個人情報の保護に関する法律施行条例」により、適切に管理しています。

1か月児健診結果

母子手帳No.

健診日 令和 年(西暦20 年) 月 日 生後()日目

□□-□□□□□□

身長 cm	体重 g (増加量 g/日)		頭囲 cm	栄養法 母乳・混合・人工乳	
	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 腹部腫瘤		
3 姿勢の異常			ウ そけいヘルニア		
4 皮膚	ア 黄疸	10 四肢		エ 仙骨部の異常	
	イ 血管腫			ア 四肢の運動制限(麻痺を含む)	
	ウ 色素異常(母斑を含む)			イ 内反足	
	エ その他			11 神経学的異常	ア モロー反射(麻痺を含む)
5 頭部	ア 頭血腫	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)		イ 筋トータス	
	イ 頭囲拡大			ア 股関節開排制限	
	ウ 小頭症			イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称	
6 顔	エ 縫合異常(頭蓋変形を含む)	13 その他の異常		ウ 家族歴	
	ア 特異的顔貌			エ 女兒	
	イ 目:白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等			オ 骨盤位分娩	
7 頸部	ウ 口:口唇裂・口蓋裂	14 新生児聴覚検査			
	エ 耳:小耳症・副耳・耳瘻孔等			正常・精査中(右・左)・未	
8 胸部	ア 斜頸	15 先天性代謝異常等検査の結果説明		済・未	
	イ その他の頸部腫瘤			16 便色カード	()番
	ア 胸部の異常			17 ビタミンK2の投与	できている・できていない
	イ 呼吸の異常			紹介先	
判定	ウ 心雑音	感想・指導(任意)			
	エ 不整脈				
	1 異常なし				
	2 既医療				
育児環境等	3 要経過観察	栄養		良・要指導	
	4 要紹介(要精密・要治療)				
心配事	無・有()	電話連絡(未・済)			
子育て支援の必要性の判定	1 特に問題なし	区役所への連絡事項			
	2 保健師による支援が必要 ※				
健診医・登録番号	3 その他の支援が必要 ※				
		医療機関名	健診医氏名		

※ の場合は、必ず電話で各区役所健康相談コーナーまで連絡してください。

(請求用・医療機関控・本人控・北九州市外受診)

・対象:生後27日を超え、生後6週に達しない乳児

・市外医療機関で受診し、実費を支払った場合、北九州市が定める額を上限として助成します。



◀償還払いの手続きはこちらを参照ください