

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(西暦20)年(月)日生(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経膈(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		
	大便の色 ①便色カード4～7番 ②1～3番		
	今の栄養方法 ①母乳 ②混合 ③人工乳(ミルク)		
	授乳の様子 ①母乳(1日 回) ②ミルク(mlを1日 回) ③1回の授乳にかかる時間(分)		
	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)		
	病歴 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。	はい・いいえ・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うことがありますか。	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。	はい・いいえ
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

健診日 年 月 日 生後()日目 母子手帳No. □□-□□□□□□

身体測定	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	該当がある所見等の ☐ にチェックのうえ、記載欄には内容を記載してください。			
	☐ 下記 1～13まで全て異常なし			
	☐ 1. 身体的発育上の所見			
	☐ 2. 外表奇形			
	☐ 3. 姿勢の異常			
	☐ 4. 皮膚	☐ 黄疸 ☐ 血管腫 ☐ 色素異常 ☐ その他		
	☐ 5. 頭部	☐ 頭血種 ☐ 頭囲拡大 ☐ 小頭症 ☐ 縫合異常(頭蓋変形を含む)		
	☐ 6. 顔	☐ 特異的顔貌 ☐ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等		
		☐ □：□唇裂・□蓋裂 ☐ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等		
	☐ 7. 頸部	☐ 斜頸 ☐ その他の頸部腫瘍		
	☐ 8. 胸部	☐ 胸部の異常 ☐ 呼吸の異常 ☐ 心雑音 ☐ 不整脈		
	☐ 9. 腹部・腰背部	☐ 臍：肉芽・ヘルニア ☐ 腹部腫瘍 ☐ そけいヘルニア ☐ 仙骨部の異常		
	☐ 10. 四肢	☐ 四肢の運動制限(麻痺を含む) ☐ 内反足		
	☐ 11. 神経学的異常	☐ モロー反射(麻痺を含む) ☐ 筋トーンス		
☐ 12. 発育股関節形成不全リスク因子(ア または、イ～オの2項目以上該当) ☐ 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. 女児 ☐ オ. 骨盤位分娩				
☐ 13. その他の異常				
確認事項	1. 新生児聴覚検査		☐ 正常 ☐ 精査中(右 ・ 左) ☐ 未実施	
	2. 先天性代謝異常等検査の結果説明		☐ 済 ☐ 未実施	
	3. 便色カード		☐ 1番 ☐ 2番 ☐ 3番 ☐ 4番 ☐ 5番 ☐ 6番 ☐ 7番	
	4. ビタミンK2の投与		☐ できている ☐ できていない	
判定	☐ 異常なし ☐ 既医療 ☐ 要経過観察 ☐ 要紹介(☐ 要精密 ☐ 要治療) 紹介先 ()			
育児環境等	☐ 母の心身の状態 ☐ その他()		栄養	☐ 良 ☐ 要指導
心配事				
感想・指導 (任意)				
子育て支援の必要性	☐ 特になし ☐ 保健師の支援が必要※ ☐ その他支援が必要※			
区役所への連絡事項 (連絡 ☐ 済 ☐ 未)				
健診医 登録番号		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