

No.	(ふりがな)	連絡先TEL	体重 (～3p・97p～) g (増加量 g/日)	身長 (～3p・97p～) cm
氏名			栄養法	頭囲 (～3p・97p～) cm
住所			母乳・混合・人工乳	
生年月日	令和 年 月 日生	男・女		
<在胎週数>		<出生体重>		
週		g		
1	お乳をよく飲みますか ----- はい ・ いいえ	16 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 17 (きょうだいがいらっしやる方へ) 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 18 お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は 協力合って家事・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] 19 お子さんが泣きやまない時などに どう対処したらいいかわからなくなって しまったことはありますか ----- いいえ ・ はい 20 現在の暮らしの経済的状况を総合的にみて 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] 21 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 22 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したか --- いいえ ・ はい 23 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 24 あなたは、ときどきご自身の時間を 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 についてご存知ですか ----- はい ・ いいえ		
2	元気な声で泣きますか ----- はい ・ いいえ			
3	大きな音にピクッ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	お乳を飲むときや泣いた時に唇が紫色 になることはありますか ----- いいえ ・ はい			
5	からだに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	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便 (便色カード1番から3番)が続いていますか --- いいえ ・ はい			
7	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			
8	裸にすると手足をよく動かしますか ----- はい ・ いいえ			
9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか ----- なし ・ あり (本/日)			
10	現在、お子さんのお父さん(パートナー) は喫煙をしていますか ----- なし ・ あり (本/日)			
11	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			
12	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			
13	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 ・ 何とも言えない			
14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか ----- はい ・ いいえ ・ 何とも言えない			
15	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 ・ 何とも言えない			

部位	診 察 所 見 (該当所見に○をつけてください)
全身	身体的発育異常 (疑い・あり) 外表奇形 (疑い・あり) 姿勢の異常 (疑い・あり)
皮膚	黄疸 ・ 血管腫 ・ 色素異常 ・ その他
頭部	頭血種 ・ 頭囲拡大 ・ 小頭症 ・ 縫合異常
顔	特異的顔貌 ・ 目(白色瞳孔/角膜混濁/眼瞼の異常等) ・ 口(口唇裂/口蓋裂) ・ 耳(小耳症/副耳/耳瘻孔等)
頸部	斜頸 ・ その他の頸部腫瘍
胸部	胸部の異常 ・ 呼吸の異常 ・ 心雑音 ・ 不整脈
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
四肢	四肢の運動制限 ・ 内反足
神経学的異常	モロー反射 ・ 筋トーヌス

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 オ 骨盤位分娩

その他の異常	
新生児聴覚検査	正常 ・ 精査中(右/左) ・ 未 先天性代謝異常等検査結果の説明 済 ・ 未
便色カード	番 ビタミンK2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) ※4の場合の紹介先()	実施医療機関名 医師名
-----	---	----------------

育 児 環 境 等	心 配 事	栄 養	
母の心身状態 その他	無 有	良 要指導	
子育て支援の必要性の判定	健 康 相 談	保 健 指 導	特 記 事 項
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 サイン()			