

受診日 . . . (月 日)

※太枠内をご記入ください
※请在粗线框内填写

1 か月健康診査問診票

(西脇市・三木市・小野市・加西市・丹波篠山市・丹波市・加東市・多可町共通)

No.	(ふりがな) (片假名)	連絡先TEL 联系电话	体重 (〜3p・97p〜)	身長 (〜3p・97p〜)
			g (増加量 g/日)	cm
氏名	住所	生年月日 令和 年 月 日生 男・女	栄養法	頭囲 (〜3p・97p〜)
姓名	住址		母乳・混合・人工乳	cm
< 在胎週数 > < 胎 齡 >		< 出生体重 > < 出生时体重 >		
週		g		
1	お乳をよく飲みますか 奶水喝的多吗	はい・いいえ 是・否		
2	元気な声で泣きますか 哭声洪亮吗	はい・いいえ 是・否		
3	大きな音にビック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 有时听到很大的声音后会由于受惊 而伸动手脚或者哭闹吗	はい・いいえ 是・否		
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 吸允母乳或哭闹时, 有时嘴唇会发紫吗	はい・いいえ 否・是		
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 有时觉得宝宝身体特别 柔软或者特别僵硬吗	はい・いいえ 否・是		
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 大便呈浅黄色或者浅奶油色,(对照1至3号 大便颜色卡)并持续有这种情况吗	はい・いいえ 否・是		
7	あなたの顔をじっとみつめることがありますか 宝宝有时会一直盯着你的脸看吗	はい・いいえ 是・否		
8	裸にすると手足をよく動かしますか 宝宝脱掉衣服后手脚会不停活动吗	はい・いいえ 是・否		
9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか 宝宝的妈妈吸烟吗	なし・あり(本/日) 否・吸(支/天)		
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 宝宝的爸爸(伴侣) 现在吸烟吗	なし・あり(本/日) 否・吸(支/天)		
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 柔软的寝具有造成窒息的可能, 避免使用柔软寝具 并让宝宝仰面睡觉吗	はい・いいえ 是・否		
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 有没有想办法防止宝宝从沙发, 床及婴儿背 带上摔落或者被夹在缝隙中呢	はい・いいえ 有・否		
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 您有时间并以轻松愉悦的心情和 宝宝相处吗	はい・いいえ・何とも言えない 有・否・不确定		
14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか 您能体验到对宝宝的爱吗	はい・いいえ・何とも言えない 是・否・不确定		
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 育儿中有让您感到担心或困难的问题吗	はい・いいえ・何とも言えない 无・有・不确定		
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 关于育儿中的问题您身边有 随时商量或帮助自己的人吗	はい・いいえ 有・无		
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 (如果宝宝有兄弟姐妹) 关于宝宝的兄弟姐妹的事情 是否需要咨询	はい・いいえ 否・是		
18	お子さんのお母さんとお父さん(パート ナー)は協力し合って家事・育児をして いますか 宝宝的妈妈和爸爸(伴侣)会相互 帮助做家务,带孩子吗?	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 我认为是・或许是 或许不是・我认为不是		
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 对待哭闹不停的孩子 您有时感觉不知道该如何应对	はい・いいえ 否・是		
20	現在の暮らしの経済的状況を総合的に みてどう感じていますか 您认为您现在的总体经济状况如何	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 非常充裕・有点充裕 一般・有点拮据・非常拮据		
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 您经常会感到情绪低落, 或心情压抑吗	はい・いいえ 否・是		
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 您有时对任何事物提不起兴趣, 或者无法发自内心的快乐吗	はい・いいえ 否・是		
23	あなたご自身の睡眠で困って いることはありますか 对于自己的睡眠情况 有什么问题吗	はい・いいえ 无・有		
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 您有属于自己的时间吗	はい・いいえ 有・无		
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 您了解宝宝在2个月时需要 预防接种的具体内容吗?	はい・いいえ 是・否		

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 女児 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 ()				

※原本は市町に提出していただき、コピーを医療機関で保管してください。