

# 1 2 力月児健康診査受診票

神垣小児科

[保護者記入欄]

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同居のご家族：祖父・祖母・父・母・子供 \_\_\_\_\_ 人（本人 \_\_\_\_\_ 番目）  
 保育は（家庭中心、 保育園、 託児所、 その他）  
 世話をしている人は（ \_\_\_\_\_ ）

●既往歴および発達歴

今までに病気にかかったことがありますか  
 なし・あり（ \_\_\_\_\_ ）  
 けいれん、またはひきつけをおこしたことがありますか  
 いいえ・はい（いつごろ \_\_\_\_\_ ）  
 首のすわり \_\_\_\_\_ 力月、 おすわり \_\_\_\_\_ 力月、 はいはい \_\_\_\_\_ 力月、  
 今まで受けた予防接種は

BCG 5種混合I期（1・2・3）B型肝炎（1・2）  
 肺炎球菌（1・2・3）ロタウイルス（1・2）

●栄養方法について

離乳食・普通食 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 回  
 母乳・ミルク・フォローアップミルク・牛乳 \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ ml × \_\_\_\_\_ 回  
 食事の主な内容をお書き下さい  
 （ \_\_\_\_\_ ）

●質問項目

1. つたい歩き、またはひとり立ちしますか はい いいえ
2. 小さな物を指先でつまみますか はい いいえ
3. スプーン、ブラシなどを使っていると声を出して  
 欲しがり、与えると真似して使いますか はい いいえ
4. おいで、ちょうだいなど簡単な言葉を理解しますか はい いいえ
5. 名前を呼ぶと振り向きますか はい いいえ
6. 視線はあいますか はい いいえ
7. 家族（祖父母、両親、兄弟）の中に気管支喘息、鼻アレルギー、  
 アトピー性皮膚炎、食物アレルギーの人がいますか  
 はい いいえ
8. 家族の中にけいれん、またはひきつけをおこした人がいますか  
 はい いいえ
9. 育児について悩んでいますか はい いいえ
10. 心配なこと、相談したいことがあれば書いて下さい

[医療機関記入欄]

診査年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 力月 \_\_\_\_\_ 日）

		平均値	男子	女子
身長	cm		75.4	74.3
体重	g		9,490	8,920
頭囲	cm		46.4	45.2

カウプ指数 \_\_\_\_\_

●診察所見

1. 顔貌の異常 なし あり（ \_\_\_\_\_ ）
2. 眼球の異常 なし あり（斜視、異常な動き、 \_\_\_\_\_ ）
3. 貧血 なし あり
4. 形態異常 なし あり（ \_\_\_\_\_ ）
5. 皮膚の異常 なし あり（湿疹、アトピー、血管腫、 \_\_\_\_\_ ）
6. 胸部の異常 なし あり（心音、呼吸音、漏斗胸、 \_\_\_\_\_ ）
7. 腹部の異常 なし あり（肝脾腫、腫瘤、臍ヘルニア、 \_\_\_\_\_ ）
8. 陰部の異常 なし あり（鼠径ヘルニア、停留睾丸、陰嚢水腫、 \_\_\_\_\_ ）
9. 股関節開排制限 なし あり
10. その他の異常 なし あり（ \_\_\_\_\_ ）
11. 左右、前後追視する 可 不可
12. 呼びかけ、ガラガラ、鈴に反応して振り向く 可 不可
13. 筋緊張および姿勢の異常 なし あり
14. つたい歩きまたはひとり歩き 可 不可
15. 物をつかむ時はさみ持ちをする 可 不可
16. 一見意味ある単語と似た音をだす 可 不可
17. おもちゃ遊び 可 不可

●健診結果

判定	1. 異常なし
	2. 要観察、
	3. 要精検（精査中、紹介済）
	4. 要医療（治療管理中、紹介済）

●予防接種計画 MR 5種混合 肺炎球菌 水痘 ムンプス

●事故対策