

第1号様式-1

仙台市乳児一般健康診査受診票(2か月児)				令和	年	月	日	診 査
保 護 者 の 記 入 欄	フリガナ 子の氏名: _____ 男・女			年 月 日生()か月 ()日				
	住 所: 仙台市 _____ 区 _____ ※市外転出の場合は使用不可 ☎ ()			父()歳・職業() 母()歳・職業()				
	分娩: 頭位・骨盤・その他() / 自然・吸引・鉗子・帝王切開			股関節脱臼の家族歴: なし・あり				
	出生時体重: ()g・在胎()週・こどもの数()人目			(父母・兄弟・祖父母・おじ・おば・いとこ)				
	新生児期の異常: なし・あり (強い黄疸・呼吸障害・ひきつけ・哺乳力弱い・嘔吐し易い・その他							
	栄 養	母 乳: よく飲む・飲まない 1日()回 1回()分	混 合: よく飲む・飲まない 母乳1日()回/ミルク1日()回, 1回()ml	ミ ル ク: よく飲む・飲まない 1日()回 1回()ml / 1回()分				
	睡 眠: よい・浅い(日中・夜)・寝つき悪い・夜泣き / あお向け寝・うつぶせ寝			排便: ()日に()回				
	散 歩: している 1日()分位・していない							
	日中世話をしている人: 母・父・祖母・祖父(同居・別居)・知人・保育所・その他()							
	の 気になること: なし・あり(吐く・飲まない・下痢・便秘・湿疹・目つき・ゼロゼロ・鼻づまり・目やに・その他() またのあたり音にする・またの開きが悪い・ふともものしわが左右で違う・足の長さが違う)							
記 生まれてから今までに特別な治療を受けましたか(黄疸・低血糖など): いいえ・はい ()								
2か月 発達の問診								
1. お風呂や、オムツを替える時に、手足をよく動かしますか (はい・いいえ)				6. 音に反応しますか (はい・いいえ)				
2. 手は握ったままでなく、時には開いたりしますか (はい・いいえ)				7. アーアー、ウーウーなど、おしゃべりをしますか (はい・いいえ)				
3. 手を口に持って行ってしゃぶりますか (はい・いいえ)				8. あやすと笑いますか (はい・いいえ)				
4. 腹ばいになると、時々頭をあげますか (はい・いいえ)				9. お子さんを抱きにくいと感じたことはありますか (いいえ・はい)				
5. お母さんの顔を目で追いますか (はい・いいえ)								
お子さんについて聞きたいこと:								
お母さんの体調はいかがですか: よい・よくない(眠れない・疲労感がある・食欲がない・育児ストレスを感じる・その他())								

医 師 の 記 入 欄	体 重 g ～10～90～P				身 長 cm ～10～90～P				頭 囲 cm ～10～90～P				
	1. 発達				2. 身体所見				発育性股関節形成不全・先天性股関節脱臼スクリーニング				
	①視 線 (良・不良)				黄 疸 (－・±・＋)				臨 床 所 見	開排制限 (－・＋ 右・左)			
	②A T N R (正・強・－)				心 雑 音 (－・＋ 無害性 病的)					大腿皮溝非対称 (－・＋)			
	③把握反射 (正・強・－)				斜 頸 (－・＋)					Allis徴候 (－・＋)			
	④引き起こし (正常・異常)				腹部膨満 (－・＋)					クリック音 (－・＋ 右・左)			
	⑤筋 緊 張 (良・低下・亢進)				臍ヘルニア (－・＋)				こ ど も の 状 況	大項目 /4			
	⑥モロー反射 (＋・－・左右差)				外性器異常 (－・＋)					※1つ以上該当で要精密			
	⑦腹臥位姿 (良・不良)				停留精巣 (－・＋ 右・左)					女子 (はい・いいえ)			
	⑧その他の特記事項				そけいヘルニア (－・＋ 右・左)					秋冬(9～2月)生まれ (はい・いいえ)			
				皮膚所見 (－・＋) ()				股関節脱臼の家族歴					
				その他の所見及び特記事項				父 母 ・ 兄 姉 ・ 祖 父 母 (はい・いいえ)					
								お じ ・ お ば ・ い と こ (はい・いいえ)					
								骨盤位分娩 (はい・いいえ)					
判定				判定				在胎<37週 ・ 出生体重<2,500g (はい・いいえ)					
判定 正常 ・ 要経過 問診:No.() 観 察				判定 正常 所見() 要経過観察 ・ 要精健				合併奇形(斜頸・内反足等) (あり・なし)					
・ 要精健 発達:No.()				要治療 ・ 治療観察中				小項目 /7					
3. 保 健 指 導								※3つ以上該当で要精密					
栄 養: 母乳 ・ 混合 ・ 人工 睡 眠: あお向け寝 ・ うつぶせ寝													
I. 育児上のアドバイス 済 乳汁の与え方 ・ 外気浴の仕方 ・ 腹ばいの仕方 その他 ()								I. 発育性股関節形成不全・ 先天性股関節脱臼スクリーニングの結果 該当 (なし・あり)					
II. 予防接種のアドバイス 済								II. 整形外科紹介 (受診済み・要紹介)					
保健所への連絡				無 ・ 有 (要指導 ・ 要訪問 ・ その他:)				医療機関名 ()					

診 査 医 の 記 入 欄		
年 月 日	医療機関名	診査医

記載の注意 保護者の記入欄:各欄に書き落としのないように書き入れ、○印でかこむところは明瞭にかこんで診査医に出してください