

母子保健業務に使用する様式例

1. 妊婦一般健康診査（HBs抗原検査）受診票（前期）（医療機関委託）
2. 妊婦・乳児一般健康診査費請求書総括表（医療機関委託）
3. 妊婦一般健康診査受診票（後期）（医療機関委託）
4. 乳幼児すくすく健康カード（男子）
5. 乳幼児すくすく健康カード（女子）
6. 1か月児健康診査票
7. 乳児一般健康診査受診票（医療機関委託）（3～4月）
8. 3～4か月児健康診査票
9. 6か月児健康診査票（6～7か月）
10. 乳児一般健康診査受診票（医療機関委託）（9～10月）
11. 9～10か月児健康診査票
12. 1歳6か月児健康診査票
13. 3歳児健康診査票
14. 1歳6か月児、3歳児精密健康診査受診申請書（医療機関委託）
15. 1歳6か月児、3歳児精密健康診査（判定相談）受診票（医療機関委託）
16. 3歳児精密健康診査「眼科」
17. 3歳児精密健康診査「耳鼻咽喉科」
18. 妊婦訪問指導票
19. 産婦訪問指導票
20. 新生児訪問指導票
21. 5歳児健康診査票

妊婦一般健康診査(HBs抗原検査)受診票

受診者番号		1	(前期)		市町村コード		交付
(フリガナ) 妊婦氏名				昭和 年 月 日生(歳)			
居住地							
妊娠届出年月日	平成 年 月 日	出産予定年月日	平成 年 月 日				

上記妊婦の一般健康診査(HBs抗原検査)を依頼します。

平成 年 月 日

印

殿

健康診査の所見又は 今後必要な処置	妊 娠 週 数	週(第 月)
	尿 検 査	蛋白()・糖()
	血 圧 測 定	~ mm/Hg
	体 重	kg(妊娠前体重 kg)
	梅 毒 血 清 検 査	陽性・陰性・実施せず
	血 色 素 検 査	g/dl 貧血有・無
	H B s 抗 原 検 査	+ ・ - ・ 実施せず
	判 定	異常なし・要経過観察・要精密・要治療(病名)
	連 絡 事 項	要訪問・精密検査(未・済)・要入院(日程度)
	平成 年 月 日 委託医療機関名 担当医師名	

妊婦一般健康診査(HBs抗原検査)費請求書

金 円也

上記のとおり健康診査に要した費用を請求します。

平成 年 月 日

医療機関コード _____

市町村コード

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

殿

印

- (注)
- 1 太線内は本人が記入してください。
 - 2 受診手続等については、裏面をみてください。
 - 3 医療機関は、裏面記載のとおり国保連へ請求してください。

(裏面)

妊婦さんへ

- 1 妊娠したら、4週間に1回、24週(第7月)以後は2週間に1回、定期的に健康診査を受ける必要があります。
このうち、前期(19週以前)に1回、本票により無料で次の内容の健康診査が受けられます。
(1) 問診及び診察 (2) 梅毒血清反応検査 (3) 血液検査
(4) 血圧測定 (5) 尿化学検査 (6) B型肝炎(HBs抗原)検査
- 2 健康診査を受ける時は本人記入欄に記入の上、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。
(県内の医療機関・島根県・岡山県の一部の医療機関で利用できます。詳しくは、市町村(母子保健担当係)におたずねください。)
- 3 健診医が必要と認めた時は、精密検査も無料で受けられます。その手続は市町村(母子保健担当係)でお聞きください。
- 4 この票は、本人以外は使用できません。
なお、受診票の交付を受けた市町村から引越し等により住民票を移される場合は、受診票を返還するとともに、移転先の市町村役場から改めて受けとってください。

医療機関へ

- 1 本票による健康診査の費用は、受診者から徴収しないで、2の方法により請求してください。
- 2 費用の請求については、1か月分を取りまとめ、この受診票及び請求書に「妊婦乳児一般健康診査費請求書総括表」を添えて、翌月10日までに鳥取県国民健康保険団体連合会(〒680-0061 鳥取市立川町六丁目176)に送付してください。

年 月 妊婦・乳児一般健康診査費請求書総括表

鳥取県国民健康保険団体連合会 様

平成 年 月 日

医療機関コード		保険医療機関の所在地及び名称		印
		開設者氏名		

	妊婦一般健康診査								乳児一般健康診査						
	コード (1)	金額		コード (2)	金額		コード (3)	金額		コード (4)	(4) 3~4月 金額		コード (5)	(5) 9~10月 金額	
	件数	金額		件数	金額		件数	金額		件数	金額		件数	金額	
	件数	契約単価	受診票毎計	件数	契約単価	受診票毎計	件数	契約単価	受診票毎計	件数	契約単価	受診票毎計	件数	契約単価	受診票毎計
内 訳															
請 求	[合計 件数]	[合計金額]		[合計 件数]	[合計金額]		[合計 件数]	[合計金額]		[合計 件数]	[合計金額]		[合計 件数]	[合計金額]	
決 定															
										請求 合計	件数	請求金額			

妊婦一般健康診査受診票

受診者番号		2 (後期(超音波なし))	3 (後期(超音波あり))		市町村コード	
交付						
(フリガナ) 妊婦氏名						
		昭和 年 月 日生 (歳)				
居住地						
妊娠届出年月日		平成 年 月 日	出産予定年月日		平成 年 月 日	

上記妊婦の一般健康診査を依頼します。

平成 年 月 日

印

殿

健康診査の所見又は 今後必要な処置	妊 娠 週 数	週(第 月)
	尿 検 査	蛋白()・糖()
	血 圧 測 定	～ mm/Hg
	体 重	. kg (妊娠前体重 . kg)
	梅 毒 血 清 検 査	陽性・陰性・実施せず
	血 色 素 検 査	g/dl 貧血 有・無
	超 音 波 検 査	実施()・実施せず
	判 定	異常なし・要経過観察・要精密・要治療(病名)
	連 絡 事 項	要訪問・精密検査(未・済)・要入院(日程度)
	平成 年 月 日 委託医療機関名 担当医師名	

印

妊婦一般健康診査費請求書

金 円也

上記のとおり健康診査に要した費用を請求します。

平成 年 月 日

医療機関コード _____

市町村コード

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

殿

印

- (注) 1 太線内は本人が記入してください。
 2 (後期(超音波なし)) (後期(超音波あり)) は、該当する番号に○をしてください。
 3 受診手続等については、裏面をみてください。
 4 医療機関は、裏面記載のとおり国保連へ請求してください。

(裏面)

妊婦さんへ

- 1 妊娠したら、4週間に1回、24週(第7月)以後は2週間に1回、定期的に健康診査を受ける必要があります。
このうち、前期(20週以後)に1回、本票により無料で次の内容の健康診査が受けられます。
(1) 問診及び診察 (2) 梅毒血清反応検査 (3) 血液検査
(4) 血圧測定 (5) 尿化学検査
(6) 超音波断層検査(35歳以上の方のみ)
- 2 健康診査を受ける時は本人記入欄に記入の上、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。
(県内の医療機関・島根県・岡山県の一部の医療機関で利用できます。詳しくは、市町村(母子保健担当係)におたずねください。)
- 3 健診医が必要と認められた時は、精密検査も無料で受けられます。その手続は市町村(母子保健担当係)でお聞きください。
- 4 この票は、本人以外には使用できません。
なお、受診票の交付を受けた市町村から引越し等により住民票を移される場合は、受診票を返還するとともに、移転先の市町村役場から改めて受けとってください。

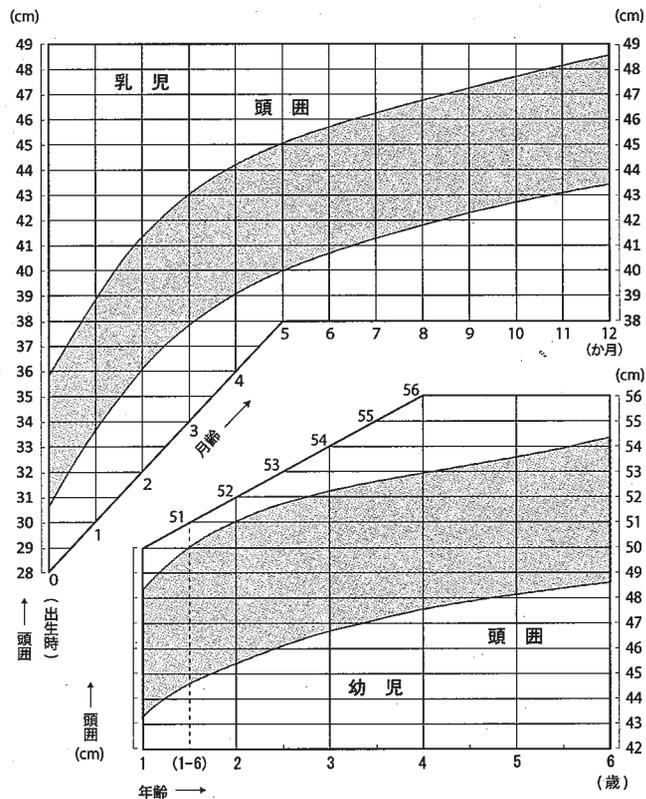
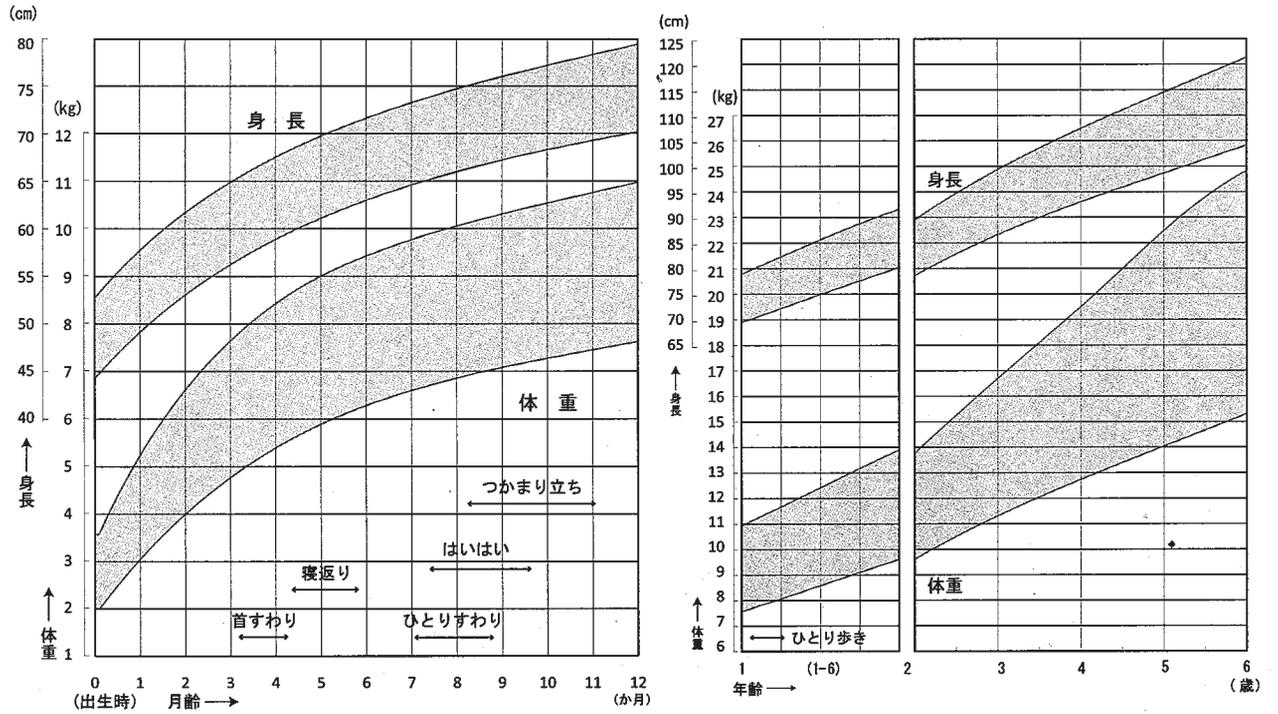
医療機関へ

- 1 本票による健康診査の費用は、受診者から徴収しないで、2の方法により請求してください。
- 2 費用の請求については、1か月分を取りまとめ、この受診票及び請求書に「妊婦乳児一般健康診査費請求書総括表」を添えて、翌月10日までに鳥取県国民健康保険団体連合会(〒680-0061 鳥取市立川町六丁目176)に送付してください。

乳幼児すくすく健康カード ()

		性別	生年月日	整理番号
氏名		男	年 月 日生	

乳幼児(男子)身体発育パーセントイル曲線(平成22年調査)

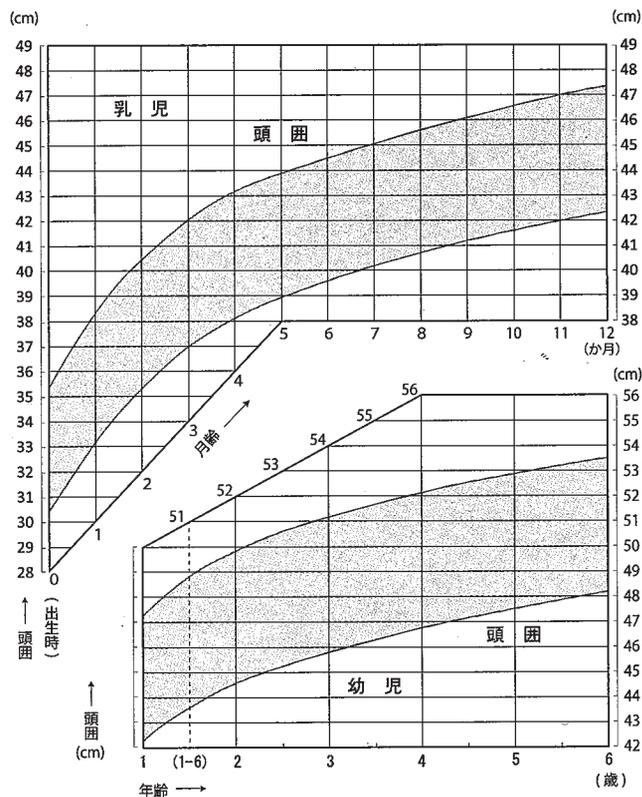
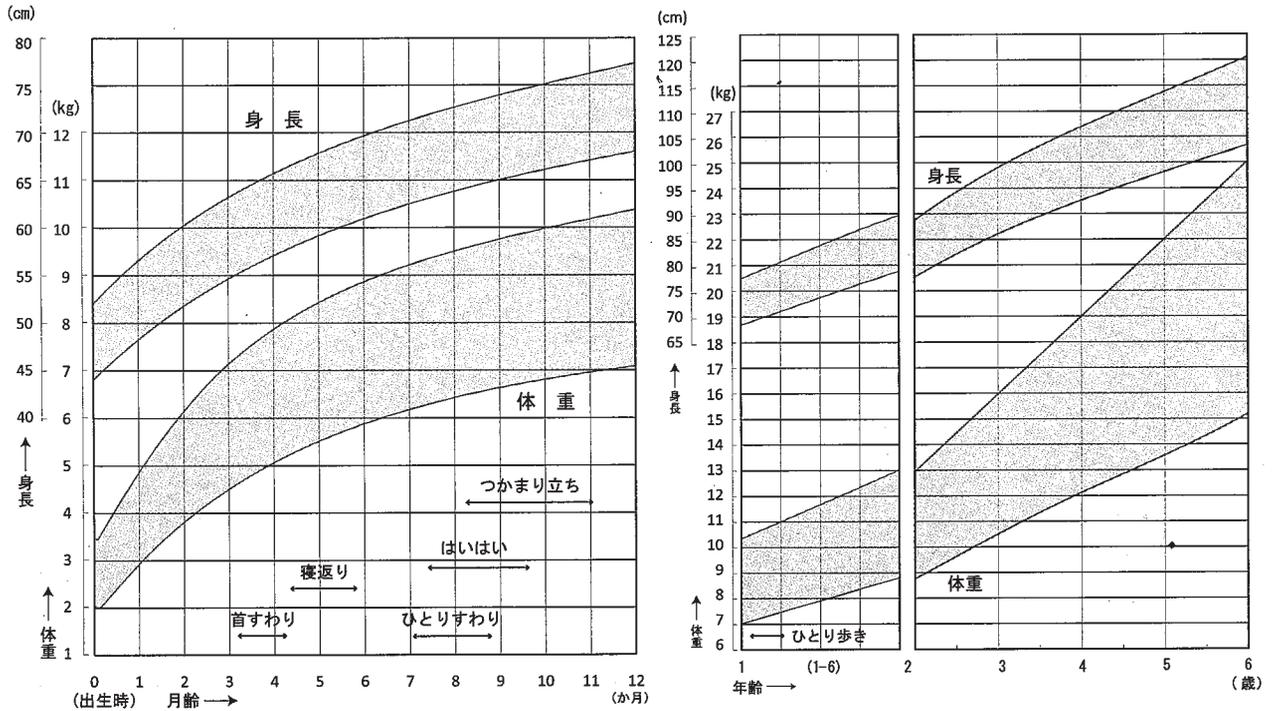


氏名			男	生年月日	年	月	日	母子手帳 No. ()
				第	子	受付	平成	年 月 日
住所	鳥取県 TEL —			家族構成及び健康状態				
家族	名 前		年 齢					
	父		(歳)					
	母		(歳)					
血族結婚		無・有 ()						
妊 娠 状 況	過去の妊娠 ①問題なし②自然流産 (回) ③死産 (回)④早産 (回)⑤他()							
妊 娠 届 時	分娩予定日	年 月 日	胎動初感	週 (月)	受付時の主訴・状況等			
	初診時	週	つわり	(なし軽・中・強)				
	現在週数	週 (か月)	食 欲	(普通・なし)				
	受診医師	()	浮 腫	(普通・あり)				
妊 娠 中	①問題なし ②蛋白尿 () ③浮腫 () ④高血圧 ⑤貧血 ⑥発疹 ⑦アルコール ⑧タバコ 本/日 ⑨切迫流早産 (週) A 不明 B 他 ()							
分 娩	在胎週数	W (か月)	分娩時の	①問題なし ②多胎 ③帝切 ④前期破水				
	分娩時間	時間	状 況	⑤分娩遷延 ⑥骨盤位 ⑦臍帯巻絡 ⑧吸引				
	出 血	ml		⑨子癇 ⑩胎児仮死 A不明 Bその他				
新 生 児 期	出生場所		①問題なし ②黄疸 () 日目値 (mg/dl)					
	体重 g	アプガー 点	③けいれん発作 ④頻回嘔吐 A不明 Bその他					
	身長 cm	仮死 有・無	保育器 (日) 酸素使用 (日)					
	胸囲 cm		未熟児センター入院 (日間) 診断名 ()					
	頭囲 cm		退院 (日目) 退院時体重 (g) 栄養 (母・混・人)					
一 か 月 健 診 結 果	受診日 (平成 年 月 日) 受診医療機関 ()							
	体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm				
	授乳状況 母乳 (回/日)		ミルク (回/日)		哺乳力 (良・他)			
	1回の哺乳時間 (分/回)							
備 考								<地図>

乳幼児すくすく健康カード ()

		性別	生年月日	整理番号
氏名		女	年 月 日生	

乳幼児(女子)身体発育パーセントイル曲線(平成22年調査)



氏名			女	生年月日 年 月 日	母子手帳 No. ()
				第 子	受付 平成 年 月 日
住所	鳥取県			家族構成及び健康状態	
	TEL —				
家族	名 前		年 齢		
	父		(歳)		
	母		(歳)		
	血族結婚 無・有 ()				
妊娠	過去の妊娠状況		①問題なし②自然流産 (回) ③死産 (回)④早産 (回)⑤他()		
	分娩予定日	年 月 日	胎動初感	週 (月)	受付時の主訴・状況等
初診時	週	つわり	(なし軽・中・強)		
届時	現在週数	週 (か月)	食欲	(普通・なし)	
	受診医師	()	浮腫	(普通・あり)	
妊娠中	①問題なし ②蛋白尿 () ③浮腫 () ④高血圧 ⑤貧血 ⑥発疹 ⑦アルコール ⑧タバコ 本/日 ⑨切迫流早産 (週) A 不明 B 他 ()				
分娩	在胎週数	W (か月)	分娩時の状況	①問題なし ②多胎 ③帝切 ④前期破水	
	分娩時間	時間		⑤分娩遷延 ⑥骨盤位 ⑦臍帯巻絡 ⑧吸引	
新生児	出生場所	①問題なし ②黄疸 () 日目値 (mg/dl)			
	体重 g	アップガー 点	③けいれん発作 ④頻回嘔吐 A不明 Bその他		
期	身長 cm	仮死 有・無	保育器 (日) 酸素使用 (日)		
	胸囲 cm		未熟児センター入院 (日間) 診断名 ()		
考	頭囲 cm		退院 (日) 退院時体重 (g) 栄養 (母・混・人)		
	受診日 (平成 年 月 日) 受診医療機関 ()				
一か月	体重 g	身長 cm	胸囲 cm	頭囲 cm	
	授乳状況 母乳 (回/日) ミルク (回/日) 哺乳力 (良・他)				
健診結果	1回の哺乳時間 (分/回)				
備考					(地図)

健診日:平成 年 月 日
(満 月 日)

1か月児健康診査票

この枠内の項目を記入し、健診時に持参してください。

整理番号								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ 乳児氏名		男女 男 女	平成 年 月 日生	保護者名 父 母
住所	自宅の電話番号(-) 日中の連絡先		アンケート記入	父・母・祖母・祖父・()
<p>1. 栄養は、母乳ですか、人工乳、混合ですか。 1. 母乳 2. 人工 3. 混合 (授乳回数 回/日 1回の授乳時間 分/回)</p> <p>2. 母乳(人工乳)の飲みはいいですか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>3. 自分で顔の向きを左右に動かしますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>4. 手足の動きに左右差はありますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>5. 泣いているときに声をかけると、泣きやむことがありますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>6. 強い光をまぶしがりますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>7. 明るい方をみますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>8. みつめあっていると感じる時がありますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>9. 退院後(出産後)病気などで医療機関を受診されましたか。 1. いいえ 2. はい()</p> <p>10. 育児をしていてストレスに感じることや悩むことがよくありますか。 1. はい 2. とくどきある 3. ない (どんなことですか)</p> <p>11. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。 1. はい(配偶者・配偶者の父母・実父母・友人・かかりつけの小児科医・保育士・保健師・他) 2. いいえ</p> <p>12. 保護者同士等集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。 1. はい 2. いいえ</p> <p>13. 育児をするうえで家族や保健師・地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい (配偶者の育児参加・育児の仲間づくり・他)</p> <p>14. 保護者の身体や心の調子はいかがですか。 1. だいたいよい 2. あまりよくない 3. よくない (どのように:)</p> <p>15. 今日相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい()</p> <p>16. 何か気になることがありますか。(汗をかきやすい、吸いつきが悪いなど) 1. いいえ 2. はい()</p> <p>17. 妊娠中、分娩時、新生児期の状況についてあてはまるものに○印を、()内は数字・文字をご記入ください。 妊 娠 中 : 蛋白尿・浮腫・高血圧・糖尿・貧血・切迫流産・他() 特になし 分 娩 時 : 在胎週数(週)または(月) 体重(g) 身長(cm) 胸囲(cm) 頭囲(cm) 問題なし・多胎・帝王切開・前期破水・分娩遷延・骨盤位・臍帯巻絡・吸引・子癇・胎児仮死・他 出 生 時 : アプガー(点) 不明のとき(仮死なし・仮死あり・不明) 新 生 児 期 : 退院(日目)退院時体重(g) 保育器(日) 治療(内容: 診断名: 医療機関:) 問題なし・黄疸強・光線療法・けいれん発作・頻回嘔吐・酸素使用有・他()不明</p>				

計測

体重(g) ____ g 体重増加(g) ____ g/日 身長(cm) ____ cm 胸囲(cm) ____ cm 頭囲(cm) ____ cm

健診結果

1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中(どこで) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中(どこで)
紹介先・内容()

診 察

- 1. 栄 養 ・ 体 格 ふつう (体重増加留意(母乳栄養15g/日未満、人工栄養30g/日未満) ・他)
- 2. 皮 膚 ふつう (湿疹・遅延性黄疸・血管腫(莓状・その他)(部位) ・カフェオーレ斑(1cm²×6コ以上) ・白斑・貧血・チアノーゼ)
- 3. 頭 部 ふつう (大頭・小頭・頭部変形・頭蓋ろう・大泉門(開大 cm× cm ・狭小 cm× cm)
- 4. 顔 部 ふつう (顔貌異常・巨舌・口蓋裂・高口蓋・斜頸・眼瞼下垂・斜視・眼振・瞳孔異常・他)
- 5. 胸 部 ふつう (心雑音 /VI(部位:) ・不整脈・喘息・胸郭異常(ロート胸・鳩胸、その他) ・乳房腫大)
- 6. 腹 部 ふつう (ヘルニア(臍・そけい) ・肝腫大(cm) ・脾腫(cm)
- 7. 股 ・ 外 陰 部 ふつう (股関節開排制限・しわの左右差・停留睾丸・陰のう水腫・精索水腫・小陰唇癒着)
- 8. 姿 勢 ・ 運 動 ふつう (活動性低下・低緊張・そり返り・運動過多)
- 9. ま と め ふつう (身体上の留意点・発達上の留意点・保育環境上の留意点)

医師:

健診結果要約

乳児一般健康診査受診票

受診者番号		4	(3~4月)	市町村コード		交付	
(フリガナ) 乳児氏名	保護者氏名	乳児生年月日		平成	年	月	日生
居住地							

上記乳児の一般健康診査を依頼します。

平成 年 月 日

印

殿

健康診査の所見又は
今後必要な処置

別添 健康診査表のとおり

乳児一般健康診査費請求書

金 円也

上記のとおり健康診査に要した費用を請求します。

平成 年 月 日

医療機関コード _____

市町村コード

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

殿

印

- (注)
- 1 太線内は本人が記入してください。
 - 2 受診手続等については、裏面をみてください。
 - 3 医療機関は、裏面記載のとおり国保連へ請求してください。

(裏面)

乳児の保護者の方へ

- 1 生後1年までの乳児は、生後3～4か月の間に、本票により無料で健康診査が受けられます。
- 2 健康診査を受ける時は、保護者記入欄に記入の上、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。
(県内の医療機関・島根県・岡山県の一部の医療機関で利用できます。詳しくは、市町村(母子保健担当係)におたずねください。)
- 3 健診医が必要と認めた時は、精密検査も無料で受けられます。その手続は市町村(母子保健担当係)でお聞きください。
- 4 この票は、本人以外は使用できません。
なお、受診票の交付を受けた市町村から引越し等により住民票を移される場合は、受診票を返還するとともに、移転先の市町村役場から改めて受けとってください。

医療機関へ

- 1 本票による健康診査の費用は、受診者から徴収しないで、2の方法により請求してください。
- 2 費用の請求については、1か月分を取りまとめ、この受診票及び請求書に「妊婦乳児一般健康診査費請求書総括表」を添えて、翌月10日までに鳥取県国民健康保険団体連合会(〒680-0061 鳥取市立川町六丁目176)に送付してください。

健診日:平成 年 月 日 3~4か月児健康診査票
(満 月 日)

この枠内の項目を記入し、健診時に持参してください。

				整理番号			
フリガナ				男女	平成 年 月 日生	保護者名	父
乳児氏名	(第 子)						母
住所	自宅の電話番号(-) 日中の連絡先			アンケート記入	父・母・祖母・祖父・()		
<p>1. 泣いた時や、お乳を飲ませる時、顔やくちびるが紫色になることがありますか。 1. いいえ 2. はい 3. わからない</p> <p>2. 泣くとそりかえったり、抱きにくいということがありますか。 1. いいえ 2. はい 3. わからない</p> <p>3. 首はすわっていますか。 1. はい(か月頃) 2. いいえ 3. わからない</p> <p>4. あおむけから横向きに半分ねがえりますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>5. あやすと声を出して笑いかえますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>6. あおむけで、動くものを目で追いますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>7. 両手をあわせて遊びますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>8. 手・指を口にもっていき、なめたりしますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>9. ガラガラをもたせると、しばらくの間もっていますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>10. 見えないほうから声をかけると、そちらを向きますか。 1. はい 2. いいえ 3. わからない</p> <p>11. これまで病気で入院したことがありますか。 1. いいえ 2. はい()</p> <p>12. 治療中の病気や、経過をみてもらっている病気はありますか。 1. いいえ 2. はい()</p> <p>13. ひきつけたことがありますか。 1. いいえ 2. はい(熱があつて・熱がなくて・泣いていて)</p> <p>14. 予防接種は受けましたか。 1. いいえ 2. はい 1. ヒブ 2. 肺炎球菌 3. 四種混合 4. その他()</p> <p>15. 現在の栄養状況を記入してください。 母乳(1日に約 回) ミルク(約 ccを1日に約 回) お乳を吐きますか。(しばしば・ときどき・たまに)</p> <p>16. お子さんの昼間の保育者は主にどなたですか。 1. 父 2. 母 3. 祖母 4. 祖父 5. ()保育所 B他()</p> <p>17. 育児をしていてストレスに感じることや悩むことがよくありますか。 1. はい 2. ときどきある 3. ない (どんなことですか) ()</p> <p>18. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。 1. はい(配偶者・配偶者の父母・実父母・友人・かかりつけの小児科医・保育士・保健師・他) 2. いいえ</p> <p>19. 保護者同士等集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。 1. はい 2. いいえ</p> <p>20. 育児をするうえで家族や保健師、地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい(配偶者の育児参加・育児の仲間づくり・他)</p> <p>21. 保護者の身体や心の調子はいかがですか。 1. だいたいよい 2. あまりよくない 3. よくない (どのように:)</p> <p>22. 今日、相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい(どんなことですか) ()</p> <p>23. 妊娠中、分娩時、新生児期の状況についてあてはまるものに○印を、()内は数字・文字をご記入ください。 妊 娠 中 : 蛋白尿・浮腫・高血圧・糖尿・貧血・切迫流産・他() 特になし 分 娩 時 : 在胎週数(週)または(か月) 体重(g) 身長(cm) 胸囲(cm) 頭囲(cm) 問題なし・多胎・帝王切開・前期破水・分娩遷延・骨盤位・臍帯巻絡・吸引・子癇・胎児仮死・他)不明 出 生 時 : アプガー(点)不明のとき(仮死なし・仮死あり・不明) 新 生 児 期 : 退院(日目)退院時体重(g)保育器(日)治療(内容: 診断名: 医療機関:) 問題なし・黄疸強・光線療法・けいれん発作・頻回嘔吐・酸素使用有・他()不明</p>							

計測

体重(g) _____ g 身長(cm) _____ cm 胸囲(cm) _____ cm 頭囲(cm) _____ cm

健診結果

1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中(どこで) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中(どこで)
紹介先・内容()

診 察

1. 栄 養 ・ 体 格 □ふつう □(体重増加不良・他)
2. 皮 膚 □ふつう □(湿疹・アトピー性皮膚炎・血管腫(莓状、その他 部位)・カフェオーレ斑(1cm²×6以上)・白斑・貧血・チアノーゼ)
3. 頭 部 □ふつう □(大頭・小頭・頭部変形・頭蓋ろう・大泉門(開大 cm× cm))
4. 顔 部 □ふつう □(顔貌異常・巨舌・口蓋裂・高口蓋・斜頸・聴覚異常・眼瞼下垂・斜視・眼振・追視しない・他)
5. 胸 部 □ふつう □(心雑音 /VI(部位:)・不整脈・喘息・胸郭異常(ロート胸・鳩胸、その他)・乳房腫大)
6. 腹 部 □ふつう □(ヘルニア(臍・そけい)・肝腫大(cm)・脾腫(cm))
7. 股 ・ 外 陰 部 □ふつう □(股関節開排制限(右・左・両)・下肢長差・しわの左右差・停留睾丸・陰のう水腫・精索水腫・小陰唇癒着)
8. 姿 勢 ・ 運 動 □ふつう □(活動性低下・低緊張・そり返り・頸定のおくれ・運動過多・片麻痺・他)
9. ま と め □ふつう □(身体上の留意点・発達上の留意点・保育環境上の留意点)

医師:

健診結果要約

乳児一般健康診査受診票

受診者番号		5	(9 ~ 10月)	市町村コード		交付
(フリガナ) 乳児氏名		保護者氏名		平成 年 月 日生		
居住地						

上記乳児の一般健康診査を依頼します。

平成 年 月 日

印

殿

健康診査の所見又は
今後必要な処置

別添 健康診査票のとおり

乳児一般健康診査請求書

金 円也

上記のとおり健康診査に要した費用を請求します。

平成 年 月 日

医療機関コード _____

市町村コード

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

殿

印

- (注) 1 太線内は本人が記入してください。
 2 受診手続等については、裏面をみてください。
 3 医療機関は、裏面記載のとおり国保連へ請求してください。

(裏面)

乳児の保護者の方へ

- 1 生後1年までの乳児は、生後9～10か月の間に、本票により無料で健康診査が受けられます。
- 2 健康診査を受ける時は、保護者記入欄に記入の上、母子健康手帳とともに医療機関の窓口へ提出してください。
(県内の医療機関・島根県・岡山県の一部の医療機関で利用できます。詳しくは、市町村(母子保健担当係)におたずねください。)
- 3 健診医が必要と認めた時は、精密検査も無料で受けられます。その手続は市町村(母子保健担当係)でお聞きください。
- 4 この票は、本人以外は使用できません。
なお、受診票の交付を受けた市町村から引越し等により住民票を移される場合は、受診票を返還するとともに、移転先の市町村役場から改めて受けとってください。

医療機関へ

- 1 本票による健康診査の費用は、受診者から徴収しないで、2の方法により請求してください。
- 2 費用の請求については、1か月分を取りまとめ、この受診票及び請求書に健康診査票と「妊婦乳児一般健康診査費請求書総括表」を添えて、翌月10日までに鳥取県国民健康保険団体連合会(〒680-0061 鳥取市立川町六丁目176)に送付してください。

健診日:平成 年 月 日 9 ~ 10 か月児健康診査票
(満 月 日)

この枠内の項目を記入し、健診時に持参してください。			整理番号						
フリガナ	性別	平成 年 月 日生	保護者名	父					
乳児氏名	(第 子)			母					
住所	自宅の電話番号(-) 日中の連絡先	アンケート記入	父・母・祖母・祖父・()						
1. 一人で座ることができますか。			1. はい(か月頃) 2. いいえ 3. わからない						
2. はいはいをしますか。			1. はい(か月頃) 2. いいえ 3. わからない						
右の3つのうちあてはまるものに○をしてください。			1.  2.  3. 						
3. 自分でつかまって立ち上がりますか。			1. はい(か月頃) 2. いいえ 3. わからない						
4. 指で小さいものをつかみますか。			1. はい 2. いいえ 3. わからない						
5. 耳の聞こえで心配したことがありますか。			1. いいえ 2. はい(何を:)						
6. 視力・目つきで心配したことがありますか。			1. いいえ 2. はい(何を:)						
7. 動作を見てまねることができますか。			1. はい 2. いいえ 3. わからない						
8. ママ、パパなど人のことばをまねて言いますか。			1. はい 2. いいえ 3. わからない						
9. 「いけません」というと、ちょっと手をひっこめて親の顔を見ますか。			1. はい 2. いいえ 3. わからない						
10. これまで事故で医療機関を受診したことがありますか。			1. いいえ 2. はい(転倒・転落・異物誤飲・熱傷・他)						
11. これまで病気で入院したことがありますか。			1. いいえ 2. はい(何を:)						
12. 治療中の病気や、経過をみてもらっている病気はありますか。			1. いいえ 2. はい()						
13. ひきつけたことがありますか。			1. いいえ 2. はい(熱があつて・熱がなくて・泣いていて)						
14. 予防接種は受けましたか。			1. いいえ 2. はい 1. ヒブ 2. 肺炎球菌 3. 四種混合 4. BCG 5. その他()						
15. 現在の母乳およびミルクの量と回数を記入してください。 母乳(1日に約 回) ミルク(約 ccを1日に約 回)									
16. 離乳食の状況を記入してください。 離乳食(1日に約 回) 種類() 食べ方(順調・少食・むら食い・偏食・他)									
17. お子さんの昼間の保育者は主にどなたですか。			1. 母 2. 父 3. 祖母 4. 祖父 5. ()保育所 B. 他()						
18. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。			1. はい(配偶者・配偶者の父母・実父母・友人・かかりつけの小児科医・保育士・保健師・他) 2. いいえ						
19. 保護者同士等集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。			1. はい 2. いいえ						
20. 育児をしていてストレスに感じることや悩むことがよくありますか。 (どんなことですか)			1. はい 2. ときどきある 3. ない						
21. 育児をするうえで家族や保健師、地域に支援してほしいことがありますか。			1. いいえ 2. はい(配偶者の育児参加・育児の仲間づくり・他)						
22. 今日、相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい()									
23. 保護者の身体や心の調子はいかがですか。 1. だいたいよい 2. あまりよくない 3. よくない (どのように:)									
24. 妊娠中、分娩時、新生児期の状況についてあてはまるものに○印を、()内は数字・文字をご記入ください。 妊娠中: 蛋白尿・浮腫・高血圧・糖尿・貧血・切迫流産・他() 特になし 分娩時: 在胎週数(週)または(か月) 体重(g) 身長(cm) 胸囲(cm) 頭囲(cm) 問題なし・多胎・帝王切開・前期破水・分娩遷延・骨盤位・臍帯巻絡・吸引・子癇・胎児仮死・他)不明 出生時: アプガー(点)不明のとき(仮死なし・仮死あり・不明) 新生児期: 退院(日)退院時体重(g)保育器(日)治療(内容: 診断名: 医療機関:) 問題なし・黄疸強・光線療法・けいれん発作・頻回嘔吐・酸素使用有・他()不明									

計測

体重(g) _____ g 身長(cm) _____ cm 胸囲(cm) _____ cm 頭囲(cm) _____ cm

健診結果

1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中(どこで) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中(どこで)
紹介先・内容()

診察

- | | |
|-------------------|---|
| 1. 栄 養 ・ 体 格 □ふつつ | □(体重増加過多・体重増加不良・身長発育過剰・身長発育劣化・他) |
| 2. 皮 膚 □ふつつ | □(湿疹・アトピー性皮膚炎・血管腫(莓状、その他 部位)・カフェオール斑(1cm ² ×6cm以上)・貧血・チアノーゼ) |
| 3. 頭 部 □ふつつ | □(大頭・小頭・頭部変形・頭蓋ろう・大泉門(開大 cm× cm)・他) |
| 4. 顔 部 □ふつつ | □(顔貌異常・巨舌・口蓋裂・高口蓋・斜頸・聴覚異常・眼瞼下垂・斜視・眼振・追視しない・他) |
| 5. 胸 部 □ふつつ | □(心雑音 /VI(部位:)・不整脈・喘息・胸郭異常(ロート胸・鳩胸、その他)・乳房腫大・他) |
| 6. 腹 部 □ふつつ | □(ヘルニア(臍・そけい)・肝腫大(cm)・脾腫(cm)・他) |
| 7. 股 ・ 外 陰 部 □ふつつ | □(股関節開排制限・下股長差・しわの左右差・停留辜丸・陰のう水腫・精索水腫・小陰唇癒着・他) |
| 8. 姿 勢 ・ 運 動 □ふつつ | □(四肢の動き・低緊張・そり返り・おくれ・片麻痺・他) |
| 9. ま と め □ふつつ | □(身体上の留意点・発達上の留意点・保育環境上の留意点) |

医師:

健診結果要約

--

1 歳 6 か月児健康診査票

この枠内の項目を記入の上、健診を受けて下さい。
 お子さんの健康状態を知るためのものです。あてはまる番号に○印を、() 内には文字・数字を記入してください。

整理番号					
------	--	--	--	--	--

フリガナ	生年月日	年	月	日生	父
幼児氏名	性別	保護者名			母
住所	電話番号 (-)	アンケート記入者			
	昼間の連絡先	1. 父 2. 母 3. 祖父 4. 祖母 5. ()			

<p>1. 同居の家族について記入してください。</p> <p>2. おもにお子さんをみている方はどなたですか。</p> <p>3. これまで病気やけがで入院したことがありますか。</p> <p>4. 治療中や経過をみられている病気やけががありますか。</p> <p>5. 現在、食物アレルギーで指導や治療を受けていますか。</p> <p>6. ひきつけたことがありますか。</p> <p>7. 予防接種は受けましたか。</p> <p>8. 聴力・視力・目つきについて心配したことがありますか。</p> <p>9. 歩き方について心配がありますか。</p> <p>10. 困ったくせがありますか。</p> <p>11. 食事に関して何か心配がありますか。</p> <p>12. おやつ回数、量を決めていますか。</p> <p>13. 母乳を与えていますか。</p> <p>14. 哺乳ビンを使っていますか。</p> <p>15. 排便のしつけを始めていますか。</p> <p>16. 歯磨きは大人が毎日仕上げをしていますか。</p> <p>17. 朝おきる時間と夜やすむ時間をかいてください。</p> <p>18. テレビ・DVD・スマートフォンは1日どのくらいみえていますか。</p> <p>19. お子さんの今の状態について、おたずねします。</p> <p>① 走りますか。(小走り5メートルくらい) (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>③ まねして積み木やブロックを重ねますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑤ 動物や乗り物など簡単な絵本を読んでもらうことを好みますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑦ きょうだいや子ども同士で遊びますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑨ 絵本をみて、動物、植物、日常のものなどの名前をいいますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑪ 「○○ちゃんのお耳はどれ？」などと尋ねて、耳・目・口を指示しますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑬ 絵や写真で「ワンワンどれ？」などとたずねると指さしますか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑮ 名前を呼ばれたら振り返りますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑰ 何かに興味を持った時、指さしをして伝えようとしませんか。(1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>20. 育児をしていてストレスに感じることや悩むことがよくありますか。 1. はい 2. ときどきある 3. ない (どんなことですか)</p> <p>21. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。 1. はい (配偶者・配偶者の父母・実の父母・友人・かかりつけの医・保育士・保健師・他) 2. いいえ</p> <p>22. 保護者同士など集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。 1. はい 2. いいえ</p> <p>23. 育児をするうえで家族や保健師・地域に支援してほしいことがありますか。 1. いいえ 2. はい (配偶者の育児参加・育児の仲間づくり・他)</p> <p>24. 保護者の身体や心の調子はいかがですか。 1. だいたいよい 2. あまりよくない 3. よくない (どのように)</p> <p>25. 今日相談したいこと、心配なことがありますか。 1. いいえ 2. はい ()</p>	<p>1. 父 2. 母 3. 兄・姉() 歳 4. 弟・妹() 歳 5. 祖父 6. 祖母 B. 他()</p> <p>1. 母 2. 父 3. 祖母 4. 祖父 5. () 保育所 B. 他()</p> <p>1. いいえ 2. はい ()</p> <p>1. いいえ 2. はい ()</p> <p>1. いいえ 2. はい (卵白・卵黄・大豆・牛乳・小麦・魚介類・他)</p> <p>1. いいえ 2. はい (回) 3. 熱がなくて(回) 4. 泣いていて(回)</p> <p>1. いいえ 2. はい 1. ヒブ 2. 肺炎球菌 3. 三種混合 4. ポリオ 5. 四種混合 6. BCG 7. 麻しん・風しん 8. 水痘 A. 不明</p> <p>1. いいえ 2. はい (何を:)</p> <p>1. いいえ 2. はい ()</p> <p>1. いいえ 2. はい (具体的に:)</p> <p>1. いいえ 2. はい (偏食・小食・むら食い・他)</p> <p>1. はい (回・内容:) 2. いいえ 3. ほとんど食べない</p> <p>1. いいえ 2. はい (たまに・ときどき・毎日)</p> <p>1. いいえ 2. はい (たまに・ときどき・毎日)</p> <p>1. はい 2. いいえ</p> <p>1. はい 2. ときどきしている 3. していない</p> <p>1. () 時頃起きる 2. () 時頃やすむ</p> <p>1. みせていない 2. みせている (時間/日)</p> <p>② 10センチほどの高さ(段)を手をつないで上がれますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>④ 自分でスプーンを使って食べますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑥ 家族が片づけなどをしていると一緒になって物をとったりしてくれますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑧ マンマ、プー、パパなど意味のあることばをいいますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑩ 「絵本を持ってきて」などの簡単な指示を実行しますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑫ 犬や車を見た時「ワンワンどこ?」「プーどこ?」などとたずねると指さしますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑭ 目と目を合わせてお話ができますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p> <p>⑯ 家族が痛がったりした時、その人の顔を心配そうに見ることがありますか。 (1. はい 2. いいえ 3. わからない)</p>
--	--

19
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

栄養指導	保健指導
栄養士 ()	保健師 ()

問診

- 1. 運動発達 1. 首すわり (か月) 2. 四つばい (か月) 3. 歩行開始 (か月) A. 不明
- 2. 乳児健診での指摘事項 0. なし 1. 未受診 2. あり () A. 不明
- 3. ことば 1. 有意語なし 2. 有意語1~3つ 3. 有意語4つ以上 4. 2語文可 5. 指示理解困難 A. 不明
- 4. 既往歴 0. なし 1. 麻疹 2. 風疹 3. 水痘 4. 流行性耳下腺炎 5. 百日咳
6. 突発性発疹 7. 喘息 8. アトピー B. 他 () A. 不明
- 5. 生活習慣等の状況 0. なし 1. くせ () 2. 食生活(時間、偏食、おやつ、母乳、哺乳ビン、他)
3. しつけ(排便、歯みがき、就寝、他) 4. 環境(友達、TV、他)
5. 行動(かんしゃくがひどい、人見知りが強い、人見知りが弱い、迷子になりやすい) A. 不明
- 6. 子育てをしている時“育てにくさ”を感じたことはありませんか。
1. いつもそう思う 2. 時々そう思う 3. ほとんどそう思わない A. 不明

問診のまとめ

0. ふつう

保健師：

計測 (平成22年度調査)

	(97%)	90%	男	10%	(3%)	(97%)	90%	女	10%	(3%)
体重 (kg)	1歳6か月 (12.47)	11.73		9.18	(8.70)	(11.77)	11.08		8.55	(8.05)
	7か月 (12.71)	11.95		9.35	(8.86)	(11.99)	11.28		8.71	(8.20)
	8か月 (12.96)	12.17		9.52	(9.03)	(12.21)	11.49		8.86	(8.34)
身長 (cm)	1歳6か月 (85.9)	84.2		77.2	(75.6)	(84.2)	82.7		75.6	(73.9)
	7か月 (86.9)	85.1		78.1	(76.5)	(85.3)	83.7		76.5	(74.8)
	8か月 (87.9)	86.1		78.9	(77.3)	(86.3)	84.7		77.4	(75.7)
頭囲 (cm)	1歳6か月 (50.3)	49.4		45.8	(44.9)	(49.0)	48.2		44.7	(43.8)
	7か月 (50.5)	49.6		45.9	(45.0)	(49.1)	48.4		44.8	(44.0)
	8か月 (50.6)	49.8		46.1	(45.2)	(49.3)	48.5		45.0	(44.1)

健診結果

- 1. 健康 2. 精検 3. 要追跡観察 4. 観察中(どこで) 5. 助言指導 6. 要治療 7. 治療中(どこで)
- 紹介先・内容 ()

診察

- 1. 栄養・身体 ふつう (ふとりすぎ・やせすぎ・小柄・便秘・他)
- 2. 行動・受診態度 ふつう (多動・無関心・奇声・怖がる・視線が合いにくい・寡動・他)
- 3. 言語 ふつう (遅滞・理解困難・他)
- 4. 頭・顔・口 ふつう (貧血・大頭・小頭・斜頸・他)
- 5. 胸・腹・外性器 ふつう (心雑音 ⁶⁰¹ / VI (部位))・肝腫大 (⁶⁰³ cm)・胸郭異常(ロート胸・はと胸・他)
ヘルニア(臍・そけい)・脾腫 (¹³¹ cm)・乳房腫大・他)
- 6. 皮膚 ふつう (湿疹・アトピー・血管腫(母状・他)・部位)・カフェオレ斑 (1cm×6コ以上)・他)
- 7. 眼・耳 ふつう (斜視・眼振・難聴・眼瞼下垂・他)
- 8. 四肢・運動機能 ふつう (O脚・X脚・内反足・麻痺・遅滞・他)
- 9. まとめ ふつう (身体上の留意点・発達上の留意点・保育環境上の留意点)

医療機関名及び医師名：

健診結果

歯科

- まとめ 1. 問題なし 2. 要指導 3. 要観察 4. 要治療 5. 治療中

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

- 歯の清掃不良 1. なし 2. あり フッ素塗布 1. 済 2. 未
- う蝕の罹患型 1. O₁ 2. O₂ 3. A 4. B 5. C
- 生歯数 () 本 (未処置歯 _____ 本、処置歯 _____ 本)
- 咬合の異常 1. なし 2. あり 反対咬合、その他)
- 開咬(指しゃぶり：有・無)
- 軟組織の異常 1. なし 2. あり ()
- その他の異常 1. なし 2. あり (指しゃぶり、その他 _____)

〈記入記号〉

- 現在歯 / サホライド処置 サ
- 喪失歯 △ 癒合歯 =
- 処置歯 ○ 形成不全 P
- う歯 C (軽度のう歯)
- Ch (進行したう歯)

ブラークスコア

--	--	--	--	--	--

計 指導事項

歯科衛生士：

歯科医師：

健診日：平成 年 月 日

(満 3 歳 か月)

3 歳児健康診査票

No. _____

この枠内の項目を記入の上、健診を受けて下さい。
 お子さんの健康状態を知るためのものです。あてはまる番号に○印を、() 内には文字・数字を記入してください。

整理番号					
------	--	--	--	--	--

フリガナ	生年月日	年 月 日生	父
乳児氏名	性別	保護者名	母
(第 子)			

住 所	鳥取市	電話番号 (-)	アンケート記入者
		昼間の連絡先	1. 父 2. 母 3. 祖父 4. 祖母 5. ()

1. 同居の家族について記入してください。	1. 父 2. 母 3. 兄・姉()歳 4. 弟・妹()歳 5. 祖父 6. 祖母 B. 他()
2. お子さんの昼間の保育者は主にどなたですか。	1. 母 2. 父 3. 祖母 4. 祖父 5. ()保育所・幼稚園 B. 他()
3. これまで病気やけがで入院したことがありますか。	1. いいえ 2. はい ()
4. 治療中や経過をみてもらっている病気やけががありますか。	1. いいえ 2. はい ()
5. 現在、食物アレルギーで指導や治療を受けていますか。	1. いいえ 2. はい (卵白・卵黄・大豆・牛乳・小麦・魚介類・他)
6. ひきつけたことがありますか。	1. いいえ 2. 熱があつて(回) 3. 熱がなくて(回) 4. 泣いていて(回)
7. 予防接種は受けましたか。	1. いいえ 2. はい 1. ヒブ 2. 肺炎球菌 3. 三種混合 4. ポリオ 5. 四種混合 6. BCG 7. 麻しん・風しん 8. 日本脳炎 9. 水痘 A. 不明
8. 同年代の子とも遊ぶことを好みますか。	1. はい (よく遊ぶ・たまに遊ぶ) 2. いいえ (遊び相手は:)
9. 朝おきる時間と夜やすむ時間をかいてください。	1. () 時頃起きる 2. () 時頃やすむ
10. テレビ・DVD・スマートフォンは1日どのくらいみえていますか。	1. みせていない 2. みせている (時間/日)
11. 食事に関して何か心配がありますか。	1. いいえ 2. はい (偏食・小食・むら食い・他)
12. おやつ回数、量を決めていますか。	1. はい (回) 2. いいえ
13. よく噛んで食べる習慣がありますか。	1. はい 2. いいえ
14. 便通について心配なことがありますか。	1. いいえ 2. はい
15. 歯磨きは大人が毎日仕上げをしていますか。	1. はい 2. ときどきしている 3. していない
16. お子さんのしつけについて不安がありますか。	1. いいえ 2. ときどきある 3. いつもある 4. わからない
17. 保護者に対して、お子さんは反抗しますか。	1. ときどきする 2. しない 3. いつもする 4. わからない
18. お子さんの今の状態について、おたずねします。	
①片足で2～3秒立ちますか。	②手を使わずにひとりで階段をのぼれますか。
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	(1. はい 2. いいえ 3. わからない)
③まねして○を書きますか。	④はしを使って食事をしますか。
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	(1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑤おもちゃのおかたづけができますか。	⑥ひとりでパンツをはけますか。
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	(1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑦おしっこを予告しますか。	⑧自分の名前(姓も、名前も)を言えますか。
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	(1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑨犬や猫などの動物の絵を見て、その名前を言えますか。	⑩友だちの名前を呼びますか。
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	(1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑪赤、青、緑、黄色のうち3つの色がわかりますか。	⑫大きい・小さいがわかりますか。
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	(1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑬長い・短いわかりますか。	⑭ままごとで役を演じることができますか。
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	(1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑮とても乱暴で困ることがありますか。	⑯極端に落ち着かず、集中できなくて困ることがありますか。
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	(1. はい 2. いいえ 3. わからない)
⑰新しいことに強い不安を示したり、恐れることがありますか。	
(1. はい 2. いいえ 3. わからない)	
19. 育児をしていてストレスに感じることや悩むことがよくありますか。	
1. はい 2. ときどきある 3. ない (どんなことですか)	
20. 育児について相談したり、話したりする人はいますか。	
1. はい (配偶者・配偶者の父母・実の父母・友人・かかりつけの医・保育士・保健師・他) 2. いいえ	
21. 保護者同士など集まったり話したりする場やサークルに参加していますか。	1. はい 2. いいえ
22. 育児をするうえで家族や保健師・地域に支援してほしいことがありますか。	
1. いいえ 2. はい (配偶者の育児参加・育児の仲間づくり・他)	
24. 保護者の身体や心の調子はいかがですか。	
1. だいたいよい 2. あまりよくない 3. よくない (どのように:)	
25. 今日相談したいこと、心配なことがありますか。	
1. いいえ 2. はい ()	

18
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

栄養指導	保健指導
栄養士 ()	保健師 ()

(問診聴取：父 母 祖父 祖母 他)

問診

- 1. 乳児健診での指摘事項 0.なし 1.未受診 2.あり () A.不明
 - 2. 1歳6か月児健診での指摘事項 0.なし 1.未受診 2.あり () A.不明
 - 3. 既往歴 0.なし 1.麻疹 2.風疹 3.水痘 4.流行性耳下腺炎 5.百日咳 6.突発性発疹 7.喘息 8.アトピー B.他 () A.不明
 - 4. ことば生活習慣等の状況 1.N 2.有意語未 3.単語5個以上 4.2語文可 5.会話が成立しない 6.発音不明瞭 0.なし 1.くせ () 2.食生活(時間、偏食、おやつ、母乳、哺乳ビン、他) 3.しつけ(排便、歯みがき、就寝、他) 4.環境(友達、TV、他) () A.不明
 - 5. 今日は誰とどこへ来ましたか 1.理解できる 2.できない 3.やってくれない
 - 6. 子育てをしている時“育てにくさ”を感じたことはありましたか。 1.いつもそう思う 2.時々そう思う 3.ほとんどそう思わない () A.不明
- 問診のまとめ 0.ふつう
保健師：

検尿 尿糖(1-・2±・3+) 尿蛋白(1-・2±・3+) 尿潜血(1-・2±・3+)

視力検査 1.N 2.特記事項

耳に関するアンケート 1.N 2.特記事項

計測 (平成22年度調査)

		(97%)	90%	男	10%	(3%)	(97%)	90%	女	10%	(3%)
体重 (kg)	3歳～3歳6か月	(17.43)	16.15		12.35	(11.72)	(16.76)	15.64		11.76	(11.04)
	3歳6か月～4歳	(18.82)	17.34		13.10	(12.42)	(18.27)	16.95		12.61	(11.83)
身長 (cm)	3歳～3歳6か月	(101.8)	99.6		90.7	(88.8)	(100.6)	98.4		89.6	(87.7)
	3歳6か月～4歳	(105.8)	103.4		94.1	(92.0)	(104.5)	102.2		92.9	(90.9)
頭囲 (cm)	3歳～3歳6か月	(52.5)	51.6		47.9	(47.0)	(51.4)	50.5		46.9	(46.0)
	3歳6か月～4歳	(52.9)	52.0		48.3	(47.4)	(51.9)	51.0		47.4	(46.5)

健診結果 1.健康 2.精検 3.要追跡観察 4.観察中(どこで) 5.助言指導 6.要治療 7.治療中(どこで) 紹介先・内容()

診察

- 1. 栄養・身体 ふつう (ふとり⁶⁰⁸すぎ・やせ⁶⁰⁷すぎ・小柄⁶⁰⁶・便秘・他) ()
 - 2. 行動・受診態度 ふつう (多動²⁰⁹・無関心²¹⁰・奇声²¹²・怖がる・視線²¹¹が合いにくい・寡動・他) ()
 - 3. 言語 ふつう (遅滞²⁰⁸・理解困難²⁰⁶・構音障²⁰⁷がい・どもる・他) ()
 - 4. 頭・顔・口 ふつう (貧血⁴⁰¹・大頭¹⁰¹・小頭⁶¹⁹・斜頸⁶¹⁹・他) ()
 - 5. 胸・腹・外性器 ふつう (心雑音⁶⁰¹ / VI (部位))・肝腫大 (cm)・胸郭異常(ロート胸・はと胸・他) ()
ヘルニア(臍・そけい)¹¹¹・脾腫 (cm)・乳房腫大¹⁰⁹・他 ()
 - 6. 皮膚 ふつう (湿疹⁶⁰⁹・アトピー¹⁰⁸・血管腫¹²³(莓状・他)・部位 ()・カフェオールレ斑¹²¹(1cm×6コ以上)・他) ()
 - 7. 眼・耳 ふつう (斜視¹⁰⁵・眼振¹⁰⁴・難聴¹⁰⁴・眼瞼下垂¹⁰⁶・他) ()
 - 8. 四肢・運動機能 ふつう (O脚¹¹⁶・X脚¹¹⁷・内反足¹¹⁸・麻痺²⁰³・遅滞²⁰⁴・他) ()
 - 9. ま と め ふつう (身体上¹³⁷の留意点・発達上²⁰⁴の留意点・保育環境上³⁰⁵の留意点) ()
- 医療機関名及び医師名：

歯科 まとめ 1.問題なし 2.要指導 3.要観察 4.要治療 5.治療中

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	

歯の清掃不良 1.なし 2.あり フッ素塗布 1.済 2.未
う蝕の罹患型 1.O 2.A 3.B 4.C₁ 5.C₂
生菌数 () 本 (未処置歯 本、処置歯 本)
咬合の異常 1.なし 2.あり 反対咬合、その他 ()
開咬(指しゃぶり：有・無)
軟組織の異常 1.なし 2.あり (小帯 歯肉 その他)
その他の異常 1.なし 2.あり (指しゃぶり、その他)

〈記入記号〉

現在歯 / サホライド処置 サ
喪失歯 △ 癒合歯 =
処置歯 ○ 形成不全 P
う歯 C (軽度のう歯)
Ch (進行したう歯)

両親のむし歯の状況

父 1.なし 2.あり
母 1.なし 2.あり

指導事項

歯科衛生士：

歯科医師：

1歳6か月児
3 歳 児 精密健康診査受診申請書

妊婦氏名		昭和 年 月 日生
乳幼児氏名		平成 年 月 日生
居住地		
申請理由		
<p>上記により <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 乳幼児 精密健康診査の受診を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">殿</p>		

(注) 妊婦精密健康検査、乳幼児精密健康診査のうち該当するものを○で囲むこと。

1歳6か月児 健康診査精密健康診査(判定相談)受診票
3歳児

No.

児童氏名及び 生年月日		平成 年 月 日生
保護者氏名		
居住地		
有効期間	平成 年 月 日から 月 日まで	
健康診査 (判定) 依頼要旨		
	平成 年 月 日	
	殿	
		印

検査(請求)内容	点数	所見又は今後の処置
	点	平成 年 月 日 委託医師名 (判定員名)
計		

1歳6か月児 健康診査費請求書
3歳児

殿

金 円

上記のとおり () についての精密健康診査に要した費用を請求します。

委託医師 住所
氏名

印

3歳児健康診査精密健康診査(判定相談) 受診票

No.

児童氏名及び 生年月日	平成 年 月 日生
保護者氏名	
居住地	
有効期間	平成 年 月 日から 月 日まで
健康診査 (判定相談) 依頼要旨	1 目が内側に寄ることがありますか。
	2 目が外や上にずれることがありますか。
	3 テレビなど見えにくそうにして、近づいて見ますか。
	4-ア 顔をしかめたり、目を細めて見る。 4-エ あごをひいて、上目づかいで見る。
	4-イ 顔を傾けて見る。 4-オ あごをつきだして、見るがありますか。
	4-ウ 顔を回して、横目で見る。
	5 明るい戸外で片目をつぶりますか。
	6 まぶたが下がっていますか。
	7 じっと見ている時に、目がゆれていますか。
	8 暗い所では、いつまでも動きがにぶいですか。
	9 瞳(黒目)の中央が白っぽく見えることがありますか。
	10 黒目の大きさが左右で違いますか。
11 左右片目ずつでテレビなどを見せると、どちらの目が見えないといえますか。	
12 家族の中に生まれつき目の悪い方がいますか。	
絵視標 右 / 4 左 / 4 (家庭) ※該当する項目を○で囲んでください 右 / 4 左 / 4 (再検)	
平成 年 月 日 殿	

精検結果 (所見又は今後の処置)	
平成 年 月 日	委託医師名 (判定員名)

3歳児健康診査費請求書	
殿	
金 円	
上記のとおり () についての精密健康診査に要した費用を請求します。	
委託医師	住所
	氏名

【3歳児 精密健康診査(判定相談) 受診票(医療機関委託)】

耳鼻咽喉科

3歳児健康診査精密健康診査(判定相談) 受診票

No.

児童氏名及び 生年月日	平成 年 月 日生
保護者氏名	
居住地	
有効期間	平成 年 月 日から 月 日まで
健康診査 (判定) 依頼要旨	1 口をあけて息をしていることが多いですか
	2 いつも鼻汁を出していたり、鼻づまりがありますか
	3 よく、いびきをかきますか
	4 中耳炎に何回もかかりましたか
	5 耳の聞こえが悪いように思ったことがありますか
	6 血縁者に生まれつき聞こえの悪い方がいますか
	7 ことばの遅れや発音で心配なことがありますか
	8 その他、耳や鼻のことで心配なことがある
	9 囁声検査 /6 (家庭) ※該当する項目を○で囲んでください
	/6 (再検)
	平成 年 月 日 殿

印

精検結果 (所見又は今後の処置)

平成 年 月 日 委託医師名	印
(判定員名)	

3歳児健康診査費請求書

殿

金 円

上記のとおり () についての精密健康診査に要した費用を請求します。

委託医師 住所

氏名

印

妊婦訪問指導票

平成 年 月 日

訪問月日	平成 年 月 日 (妊娠 週)		
住 所	〒 _____ 電話 () _____		
氏 名	ふりがな	職業	世帯主氏名
	昭和 年 月 日生 (歳)		
体 重	. kg (妊娠前の体重 . kg)		
出 産 に つ い て	出産予定日	出産の介助予定者	
	平成 年 月 日	医師・助産婦	住所 氏名
環 境	家族構成(夫・) 家族の疾病 無・有()		
	住居の状況 種別(一戸建・アパート・マンション・その他) 部屋数()室		
既 往 歴	無・有()		
今 回 妊 娠 した 後 の 検 査	梅毒血清反応	年 月 日	実施
	B型肝炎抗原(HBs抗原)検査	年 月 日	実施
	その他の検査()		
今 までの 妊 娠 等 に つ い て	今回の妊娠は	いままでに 2000g以下の低出生体重児出産 回	
	初回・第 回目	流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回	
	今までの妊娠・出産・産後の状態は 正常・異常()		
	今までに生まれた子どもは 人		
一 般 状 況	気分・体調(良・不良)	顔色(良・不良)	
	疲労感(無・有)	食欲(無・有)	
	つわり(無・有)	睡眠(良・不良)	
	尿回数()	便通()	
	下腹部の張り(無・有)		
	乳房の状況(乳頭陥没)		
	浮腫(無・有)	体重()	
	出血・帯下(無・有)	血圧()	
	胎動()	その他()	
指 導 状 況	1 セルフチェック(健康観察)について		
	2 妊娠中の日常生活について 運動・休養・睡眠・清潔・服装・喫煙・性生活		
	3 妊娠中の栄養について		
	4 定期健康診査の必要性について(妊娠中毒症予防)		
	5 妊娠中の就労について		
	6 妊娠中の口腔保健について		
	7 妊娠中の精神保健について		
	8 分娩の経過と準備について(補助動作を含む)		
	9 その他()		
市町村への連絡			

訪問者氏名 _____

産婦訪問指導票

平成 年 月 日

訪問月日	平成 年 月 日 (産後 日) 時 分頃～ 時 分頃		
住所	〒 _____ 電話 () _____		
氏名	ふりがな	職業	世帯主氏名
	昭和 年 月 日生 (歳)		
分娩場所	名称	所在地	電話 () _____
分娩状況	平成 年 月 日分娩 (在胎 週) 正常— 単・双・多 骨盤位、吸引、鉗子、帝王切開 異常 前・早期破水、臍帯巻絡 出血(ml)	妊娠 分娩歴	流産 回 (自然・人工) 早産 回 死産 回
		既往歴	無・有()
環境	家族構成(夫・) 家族の疾病 無・有() 住居の状況 種別(一戸建・アパート・マンション)、部屋数()室、日当り 良・不良		
退院時 診察所見	平成 年 月 日退院 産後(日) 蛋白尿()、尿糖()、浮腫(:部位)、血圧(/mmHg) 血色素(g/dl)、体重(kg)		
一般状況	悪露() 母乳分泌(良・不良) 栄養状況() 休養状況(良・不良)		
指導状況	1 産後の経過について(悪露・月経) 2 母乳栄養確立のための母乳分泌指導 3 産後の休養のとり方 4 食事内容について 5 家庭環境(家族の協力、住宅環境)の整備 6 1か月児健康診査のすすめ 7 家族計画 8 その他		
市町村へ の連絡			

訪問者氏名 _____

新生児訪問指導票

平成 年 月 日

住 所	〒		電話 ()	
児 の 氏 名	ふりがな		性別 () 第 () 子	母の名
	平成 年 月 日生			
出 生 時 間 の 状 況	分娩場所 ()			
	正常: 単・双・多 異常: 骨盤位、帝王切開、仮死(無・有)、黄疸(無・有) 光線療法(無・有)、その他 () 体重 ()g、身長 ()cm、胸囲 ()cm、頭囲 ()cm			
母 子 同 室	初めから同室・()日目から同室・初めから別室・その他 ()			
退 院	平成 年 月 日 生後 () 日 体重 ()g			

	第 1 回 訪 問	第 2 回 訪 問
訪 問 月 日 時 間	平成 年 月 日生後 () 日 時 分頃 ~ 時 分頃	平成 年 月 日生後 () 日 時 分頃 ~ 時 分頃 <訪問の目的>
栄 養	<input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 欲しがるときに与える 1日 () 回くらい <input type="checkbox"/> 時間を決めて与える () 時間毎 <input type="checkbox"/> 混合栄養 母乳にミルクを足している 母乳 () 回 ミルク () ml、() 回 <input type="checkbox"/> 人工栄養 ミルク () ml、() 回	<input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 欲しがるときに与える 1日 () 回くらい <input type="checkbox"/> 時間を決めて与える () 時間毎 <input type="checkbox"/> 混合栄養 母乳にミルクを足している 母乳 () 回 ミルク () ml、() 回 <input type="checkbox"/> 人工栄養 ミルク () ml、() 回
児 の 観 察	体重 () g、1日 () g 増加 便回数 1日 () 回 哺乳力 (良・不良) 機嫌 (良・不良) 大泉門異常 (無・有) 固視 (無・有) 黄疸 (無・有) 向き癖 (無・有) 四肢運動 (良・不良) 開排泄制限 (無・有) 筋緊張 (良・不良) 湿疹 (無・有) 臍部異常 (無・有)	体重 () g、1日 () g 増加 便回数 1日 () 回 哺乳力 (良・不良) 機嫌 (良・不良) 湿疹 (無・有) その他
指 導 事 項	1 母乳の重要性、与え方 2 清潔・皮膚の手入れ、沐浴の実際 3 おむつの当て方 4 抱き方 5 寝かせ方 6 室温と衣類の調整 7 外気浴 8 水分補給、果汁等 9 事故防止 10 母子健康手帳の活用 11 その他	今回の指導
次 回 訪 問	要(内容) ・否	
市 町 村 へ の 連 絡		

訪問者氏名	
-------	--

健診日:平成 年 月 日
5歳 か月

5歳児健康診査票

この枠内の項目を記入の上、**健診**を受けてください。

お子さんの健康状態を知るためのものです。あてはまる番号に○印を、()内には文字・数字を記入してください。

フリガナ		生年月日	年 月 日生	整理番号					
幼児氏名		性別	保護者名		アンケート記入者				
(第 子)				父	1	2	3	4	5
住所		電話番号(-)			父 母 祖父 祖母 ()				
昼間の連絡先									
1. 同居の家族について記入してください。	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄・姉(歳) <input type="checkbox"/> 弟・妹(歳) <input type="checkbox"/> その他								
2. 昼間の保育者は主にどなたですか。	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> ()保育所 <input type="checkbox"/> その他								
3. 予防接種は受けましたか。	<input type="checkbox"/> ポリオ()回 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 三種混合()回 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日脳()回								
4. 今まで病気や事故をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある								
5. どのような病気にかかりやすいですか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 湿疹								
6. 治療中・経過観察中の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()								
7. 妊娠中何かかわったことはありましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()								
8. 出産時何かかわったことはありましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()								
9. 何週で生まれ、体重は何gでしたか。	()週 ()g								
10. 発達について伺います。	首のすわり()か月 おすわり()か月 歩き始め()か月								
11. 今まで健診を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6か月健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診								
12. 健診で何か指摘されましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(何で)								
13. 兄弟で発達に遅れがありましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(何で)								
14. どんな遊びが好きですか。	()								
15. 遊び友達はいますか。	<input type="checkbox"/> いる (□よく遊ぶ □たまに遊ぶ) <input type="checkbox"/> いない								
16. 起床・就寝時間を記入してください。	起床()時ごろ 就寝()時ごろ								
17. 食事やおやつ時間は決まっていますか。	<input type="checkbox"/> 決まっている <input type="checkbox"/> 決まっていない								
18. 起床、少食・食べ過ぎなど困っていますか。	<input type="checkbox"/> 困っていない <input type="checkbox"/> 困っている()								
19. 歯磨きをしていますか。	<input type="checkbox"/> する (仕上げみがき <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない) <input type="checkbox"/> しない								
20. テレビ・ビデオを1日どのくらい見ますか。	(時間 分くらい)								
21. 目が悪いという心配がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある								
22. 耳の聞こえが悪いという心配がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある								
23. 利き手はどちらですか。	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> はっきりしない								
24. しつけについて不安がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (□いつも □時々)								
25. 子育ては楽しいですか。	<input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 時々楽しくない <input type="checkbox"/> 楽しくない								
26. 今の状態について、はい、いいえ、不明に○印を付けてください。									
①スキップができる	(はい・いいえ・不明)	②ブランコがこげる。	(はい・いいえ・不明)						
③片足でケンケンができる。	(はい・いいえ・不明)	④お手本を見て四角が書ける。	(はい・いいえ・不明)						
⑤大便が一人ができる。	(はい・いいえ・不明)	⑥ボタンのかけはずしができる。	(はい・いいえ・不明)						
⑦集団で遊べる	(はい・いいえ・不明)	⑧家族に言って遊びに行ける。	(はい・いいえ・不明)						
⑨ジャンケンの勝敗がわかる。	(はい・いいえ・不明)	⑩自分の名前が読める。	(はい・いいえ・不明)						
⑪発音がはっきりしている。	(はい・いいえ・不明)	⑫自分の左右がわかる。	(はい・いいえ・不明)						
27. 心配ごと・相談したい事がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (□身体 □発達 □しつけ □くせ □食事 □他)								

裏面は記入される必要はありません。

栄養指導：有・無
問診カードのかな読み

- いぬ 1. よめる 2. ひろいよみ 3. よめない 4. やってこない
うし 1. よめる 2. ひろいよみ 3. よめない 5. やってこない
さる 1. よめる 2. ひろいよみ 3. よめない 6. やってこない

保健師サイン

診察

栄養状態・身体発育	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> （肥満、やせ、小柄、他)	<input type="checkbox"/> 不明			
行動・受診態度	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> （多動、無関心、奇声、怖がる、他)	<input type="checkbox"/> 不明			
言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> （遅滞、構音障害、理解障害、どもり、他)	<input type="checkbox"/> 不明			
診察のまとめ	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 身体上の問題	<input type="checkbox"/> 発達上の問題	<input type="checkbox"/> 保育環境上の問題	<input type="checkbox"/> 他		
健診結果	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 助言指導	<input type="checkbox"/> 追跡観察	<input type="checkbox"/> 精検	<input type="checkbox"/> 治療中	<input type="checkbox"/> 観察中	<input type="checkbox"/> 不明
内容：							
場所：							
紹介先： <input type="checkbox"/> 発クリ <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 他							
小児科医 _____							

支援事項

鳥取県母子保健対策協議会

鳥取県健康対策協議会母子保健対策専門委員会

(平成26年3月末現在)

	氏名	職名
	魚谷 純	鳥取県健康対策協議会会長
会 長	○中曾 庸博	鳥取県産婦人科医会長
委 員 長	○神崎 晋	鳥取大学医学部統合内科医学講座周産期小児医学教授
委 員	○秋久 あつみ	湯梨浜町子育て支援課保健師
〃	明島 亮二	中部医師会
〃	池上 祥子	鳥取県福祉保健部子育て王国推進局子育て応援課長
〃	○石口 妙子	南部町健康福祉課主幹保健師
〃	石谷 暢男	東部医師会副会長
〃	井田 尚志	西部医師会
〃	大城 陽子	米子保健所長
〃	大谷 恭一	智頭病院小児科科長
〃	○大野 耕策	山陰労災病院院長
〃	大野原 良昌	鳥取県立厚生病院産婦人科部長
〃	岡田 克夫	鳥取県医師会常任理事
〃	○笠木 正明	鳥取県医師会常任理事
〃	小枝 達也	鳥取大学地域学部発達科学教授
〃	○酒嶋 里美	東部福祉保健事務所健康支援課課長補佐
〃	瀬川 謙一	鳥取県医師会理事
〃	皆川 幸久	鳥取県立中央病院副院長兼産婦人科部長

(50音順、敬称略、協議会委員○印)

【執筆協力】

前垣 義弘 鳥取大学医学部附属病院脳神経小児科教授
長田 郁夫 子育て長田こどもクリニック院長

平成26年度版鳥取県乳幼児健康診査マニュアル

発行 平成26年4月
編集 鳥取県福祉保健部子育て応援課
所在地 680-8570

鳥取市東町一丁目220番地

TEL :0857-26-7572

FAX :0857-26-7863

E-mail :kosodate@pref.tottori.jp

URL :<http://www.pref.tottori.lg.jp/80854.htm>