

母子健康手帳の写しが必要なページ

※大津市以外の市区町村が交付した母子健康手帳をお持ちの場合は、
同様の内容が記載されているページの写しを御準備ください。

<表紙>

整理番号	0	0	0						
------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

母子健康手帳



令和 年 月 日交付 No.	
保護者 ふりかへ の氏名	子の氏名 ふりがな (第 子)
生年月日： 年 月 日 性別：	

大津市

＜健康診査等の結果が記載されているページ＞

妊娠

妊娠中の経過

診察日	妊娠週数-日	子宮底長	腹囲	体重 妊娠前 (kg)	血圧	浮腫	たん 尿蛋白	尿糖
/	-	cm	cm	kg	/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+
/	-				/	+	+	+

妊娠

その他の検査 (血液検査、血糖、 超音波など)	特記事項 (安静・休養などの指示や切迫早産 等の産科疾患や合併症など)	施設名又は 担当者名

8

※妊婦健康診査を受けるときはもちろん、外出時はいつも持参しましょう。

9

<出産後の母体の経過が記載されているページ>

※産婦健康診査に係る費用について申請する場合のみ必要

出産後・退院時の診察のときに記入してもらいましょう。

出産後の母体の経過

診察 月日	産後 日数	子宮 復古	悪露	乳房の 状態	血圧	たん 尿蛋白	尿糖	体重	EPDS等の 実施など
		良・否	正・否			－＋＊	－＋＊	kg	
		良・否	正・否			－＋＊	－＋＊		
		良・否	正・否			－＋＊	－＋＊		
		良・否	正・否			－＋＊	－＋＊		
		良・否	正・否			－＋＊	－＋＊		

母親自身の記録

- 気分が沈んだり涙もろくなったり、何もやる気になれないといったことがありますか。 いいえ はい 何ともいえない
- 産後、ご自身の気持ちやからだのことで、気がついたこと、変わったことがあれば、医師、助産師、地域の子育てに関する相談機関（こども家庭センター等）に相談しましょう。
- 産後のご自身の気持ちなど、自由に記入しましょう。

入浴	産後 日(月日)	家事開始	産後 日(月日)
家事以外の労働開始	産後 日(月日)	月経再開	年 月 日
家族計画指導	なし・あり(医師・受胎調節実地指導員・助産師) 年 月 日		

15

<新生児聴覚検査の結果が記載されているページ>

※新生児聴覚検査に係る費用について申請する場合のみ必要

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE)	年 月 日	右(パス・リファア) 左(パス・リファア)
リファア(要再検査)の場合	年 月 日	右(パス・リファア) 左(パス・リファア)

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。
※「パス pass」は「正常」です。「リファア refer」は「要再検」です。

予備欄

乳児

保護者の記録【2週間頃】（年 月 日記録）

- 泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ はい
- 寝かせるときは、おお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- 保護者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
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 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 何ともいえない
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、市町村（こども家庭センター等）で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

18

＜1 か月児健康診査の結果が記載されているページ＞

※ 1 か月児健康診査に係る費用について申請する場合のみ必要

1か月児健康診査

(年 月 日実施・ か月 日)

体 重		身 長	
	g		cm
頭 囲		胸 囲	
	cm		cm
栄養状態	栄 養 法		
	良 ・ 要指導		母乳・混合・人工乳
健康・要観察 特記事項			
施設名又は 担当者名			

次の健康診査までの記録

(自宅などで測定した身長・体重も記入しましょう。)

年月日	月 齢	体 重	身 長	特記事項	施設名又は 担当者名
		g	cm		