Reference number	('XPlease	enter the 7 d	igit number in vour	baby bookle	t)				Please see the	e back of the last page			
0 0 0			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			Health I	E>	kam Questionnaire					
XPlease fill out	the sec	tions below	before medical e	examination	.(Plea	se bring moth	her	c/child health booklet with you.)	(Otsu	сору)			
Child's name:			Date of birth:	M	/F	1. Does the	e ba	Current Condition of baby and mother aby's head/neck roll around when you hold them		ves)			
Address			Date of Birth.			2. Does the	e ba	aby use their elbows to support their weight		200			
Address			TEL:					r stomach? Do they lift their head? _{yes} aby play with both hands in front of their face? (c	no lapping, et (yes /	no)			
Parent's name:			Mother's name:			_		that your child's body is unusually soft or unstable to hold and tilt the baby backward?	ole?				
at weight birt	lengt	:h	chest circumferenc	head circum	ference	_		by grip a rattle with either hand?	(yes /	•			
h 1	g	cm	cm		cm			aby not follow things with their eyes/have strange aby get startled at loud noises?	e eye expr (no / (ves /				
mon th	g	cm	cm		cm	9. Does the	e ba	aby make noises and laugh when cradled?	(yes /	no)			
ア. Condition of •no problem		су						baby make noises such as "aaah" or "oooh"? :hm(Please fill in the hours that your child sleep	(yes / s)	no)			
			oremature birth,			0		6 12	18	24			
nduced hyp イ. Condition at		n, diabetes,	thyroid gland, inf	rection, oth	er (12. Current	l tly	drinking: breast milk()times/day	milk formula() ml/day			
•born at ho	-)	h				ve any concerns about breast-feeding or weaning					
extraction d	elivery, f	forcep delive	ery, other (lion, breecr	i, vaci			times a week do you (the mother) eat breakfast dit difficult to raise a child? (1. Yes, a) times/week ometimes 3. never)			
ウ. Place of birt (_) hospital, ho	ome bi			who answered 1. all the time or 2. sometimes and where do you feel this way? (be as specific as	s possible)				
エ. Condition at	birth an	d as a newb	orn				,,, c	ma mere de yeu reer eme way. (se de epeeme d	o poddibio)				
no problemput on oxy		lation, incub	ator			2 Doy	you	ı have someone to consult and∕or a solution for t	this? (yes /	'no)			
	severe jaundice, did not drink milk well other(e mental and physical state of the mother? Tho answered "not good," in what way?	(norm	al / not good)			
_	才. Has the child contracted any illnesses from then until now?					For those	e w	no answered hot good, in what way:					
•no	•yes	l			J	18. Have yo	ou '	felt unusually irritated/depressed within the last	month? (no /	yes)			
Results for the medical institut				-	Hall •		19. Did you receive sufficient care/support from a midwife/public health nurse						
and the Health Cons				_	m.			nonth after giving birth? (1. yes ant to continue raising your child in this area?	2. no 3. neith (yes /				
condition of bot	the ba	by and moth	ner.			21. Please	wri	ite any concerns/problems you may have about y	yourself or your b	paby.			
You can discuss Consultaton Cer	-	-	•		not .								
※The belov	v is filled	out by a ph	vsician	Exa	amir	nation R	?e	sults *Weight gain curve is	recoreded in voi	ur mother/child health			
weight	heig		chest circumf					Evaluate the positions below.	- Coorday III you	ar medicing come medicin			
								a. supine position	(2)	3			
Kaup index	Wei	ght Gain Pro	ogress	Large font	tanel			$(1 \cdot 2 \cdot 3 \cdot \text{none of these})$	3 7				
	(no	ormal / poor /	sudden increase)	(×)cm		b. Reaction when lifted ι①	2	3 ·4 1/			
Entry	normal	Findi	ngs (circle or fill	l in appropr	iate te	erms)		(1)·2·3·cannot determin					
1. Skin		eczema /	angioma / birt	hmark ()		2	3			
2. Eyes		squint / p	tosis / nystagr	mus()		c. Landau reaction	67				
3. Oral cavity		cleft lip /	cleft palate / o	oral monil	iasis (·	(1)·2·3·cannot determin						
4. Neck region	1	tumor / to	orticollus (15	. Comprehensive results					
5. Chest		heart mur	mur / wheezin	g / retrac	tive k	oreathing(-	① No abnormalities					
6. Abdomen			enomegaly / tu				•	2					
7. Groin			etained testis /				-						
8. Hip joint			of hip abductio				-)		につき			
9. Neural developr			gh / eyes don't fo				-		/ 11 1				
10. Physical develo			posture / left and				•						
11. Auditory sense			noise (rattle,etc)		rıght /	none on left	t]	b. Will conduct follow-up at this hos					
12. muscle tor	ne	good cond	lition / deterio	rated				c. Under control / undergoing tream					
13								d. Recommended baby consultation		Linga fau arma e			
Other findings:							※ 	Please freely recommend baby cons regarding nutrition, child-rearing, de appointments.					

Name of medical institution

year month da Institution code

Examination date:

Physician's name

ED

						てくださ	١J
٥	•	•					

4か月児健診受診票

(大津市控)

~ .	ベルバイン くとう ご ロロンくし		Z17 C (7.200% (1	年的がしては日) IXE	東丁収を心れり 寸少し こくたとい。)	
无名	(ふりがな)					現在の赤ちゃんとお母さんの状況	
			年 月	日生男・	女	1. 縦抱きにしたときに首がぐらぐらしますか。	(しない・ す る)
		(第 子)				2. うつぶせにすると肘で体を支えて	•
主形	Ť					頭をもちあげますか。	いいえ
			電話		;	3. 両手を顔の前で合わせて遊びますか。	(は い・ いいえ)
呆該	養者名		母の氏名		-	4. 体がやわらかくしっかりしないと感じたことがありますか。	(いいえ・ は い)
					ļ	5. そりやすく抱きにくいと感じたことがありますか。	(いいえ・はい)
出生	体重	身長	胸囲	頭囲		6. ガラガラをもたせると、どちらの手でも握りますか。	(は い・ いいえ)
工時	g	cm	cm	(cm .	7. 物を目で追わない、目つきなどでおかしいと思いますか。	(いいえ・はい)
1か						3. 大きな音にびっくりしたりしますか。	(は い ・ いいえ)
月		cm	cm		cm ⁹	9. あやすと声を出して笑いますか。	(は い・ いいえ)
Р.	妊娠中の状況					10. 「アーアー」、「ウーウー」など声を出しますか。	(は い・ いいえ)
	問題なし					11. 生活リズム(眠っている時間はぬりつぶしてください。)	
	・あり ・・・貧血、	切迫流/早産、姉	妊娠高血圧症候 群			0 6 12	18 24
	糖尿病	,甲状腺、感染	:症、その他()			
1.	出産の状況				,	12. 現在の栄養は。 母乳()回 ミルク 1日() ml
	何週で出産され	ましたか(週)			13. 授乳や離乳食について心配や不安はありますか。	(いいえ・ は い)
	・状況・・・正常分娩、早産、帝王切開、骨盤位、吸引分娩、					14. お母さんは、ふだん朝食を週何回とりますか。	週 ()回
	鉗子分	娩、その他()		15. 赤ちゃんに育てにくさを感じていますか。 (1. いつも感じる 2	2. 時々感じる 3. 感じない)
ウ.	出生場所 滋賀	県内・(県)			16. 設問15で 1. いつも感じる、 2. 時々感じると答えられた方は、	
	()病院∙医	院·助産院、自宅			① いつ、どんなところに育てにくさを感じるか、具体的にお書きください	0
I.	出生時及び新生り	見期の状況					
	問題なし						J
	·あり ···酸素吸	な入をした、保育	器に入った			② 相談先など解決方法はありますか。	(は い・ いいえ)
	黄疸が	強かった、お乳の	の飲みが悪かった			17. お母さんの気持ちや体の調子はいかがですか。	(ふつう・ よくない)
	その他	•)		「よくない」の方について、それはどのようなことですか。	
十.	今までにかかった	:病気					
	・なし・あり	.) [J		18. この1か月の間で、とてもいらいらしたり、とても気分が落ち込んでいる。	٤_
	•••••		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		•••	がありますか。	(いいえ・ は い)
,	い月児健診の結 り	里什 受診翌日1	- 医療機関から大き	ま古碑 唐维維	里	19. 退院してから産後1ヶ月までのあいだ、助産師や保健師等からのケア・	支援等は
	びすこやか相談所					十分に受けることができましたか (1. はい 2. いし	ヽえ 3. どちらでもない)
	いて、すこやか相言					20. この地域で今後も子育てしていきたいですか。	(は い・ いいえ)
					付	21. 赤ちゃんの事、お母さんの事で心配なことや相談したいこと、困っている	らことがあればお書きください。
け	ておりますので、よ	3気軽にご利用く	ださい。				j
							J
							-

カウ	プ指数		体重	1増加4	犬沙	2			大泉門
			(普	通 '	•	不良	•	急増	(
	項目	正	常			有所見	見(該	当項目	1:0.
1.	皮膚			湿疹	•	血管腫	 •	母斑((
2.	眼			斜視	•	眼瞼	下垂	• 眼	振(
3.	口腔			唇裂		口蓋領	过 •	鵞口织	 蒼(

※下記は医師の記入欄です。

身長

体重

13

その他の 所 見

booklet.

b

3

結 果 健 診 頭囲

※体重増加曲線は、母子健康手帳に記載

13.7	ノ 1日 以	1	件里增加	11/\ <i>(</i>	兀			八郊门		
			普通	•	不良	•	急増	(×) cm
	項目	正常	常		有所見	見(該	3当項目	こ〇、ま	たは記入)	
1.	皮膚		湿疹	·	血管服	重 •	母斑()
2.	眼		斜礼	₹ •	眼瞼	下垂	• 眼	振()
3.	口腔		唇죟	<u>i</u>	口蓋須	킩 •	鵞口纲	蒼()
4.	頚部		腫瘤	習 •	斜頚(,)
5.	胸部		心杂	推音	• 喘	鳥 •	陥没叫	乎吸()
6.	腹部		肝胆	朝腫	• 腫卵	蒥()
7.	そけい部		ヘ ル	ノニフ	ア • 停	留	崖丸 •	陰囊水	:腫()
8.	股関節		開排		限• -	下肢:	長差()
9.	精神発達		笑≯	っなし	ハ・ 追	追視し	しない	• 発声	がない	
10.	運動発達		未到	東定	· 左a	占差 :	有・非	勿を持と	うとしない	
11.	聴覚		音~	、 の	反応(ガ	゚゙ラカ゚゙゙゙゙゙゙	等):	右なし	・ 左なし	٠
12.	筋緊張		亢進	<u>É</u> •	低下					
			_							

胸囲

14.以下の姿勢を判断してください。 a. 背臥位 (①·②·③·判定不可)





b. 引き起こし反応 (①・②・③・判定不可)

(①・②・③・判定不可)





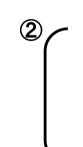
c. Landau反応

	
SMY	
~) (~~~	

2	(M)

15. 総合判定

① 異常なし



a. 紹介しました。(紹介先

b. 当院で経過観察します。

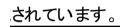
c. 治療 · 管理中

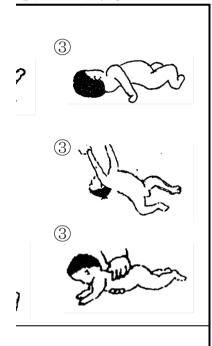
d. 赤ちゃん相談会をすすめました。

※ 栄養・育児・発達に関して支援が必要な場合や、その 要な場合には、お気軽に赤ちゃん相談会をすすめ

診査日:	年	月	B	医療機関コード		3

	医療機関名







の他経過観察が必 てください。