

(医療機関→鈴鹿市)

# 鈴鹿市1か月児健康診査結果票〔A〕

受診日 令和 年 月 日

身体測定 (生後( )日) *妊娠37週未満の場合...修正月齢		か月( 日)	
身長	体重	頭囲	栄養法
cm	g (増加量 g/日)	cm	母乳・混合・人工乳
1 栄養状態	良・要指導( )	10 腹部・腰背部	ア 臍:肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘍 ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常
2 身体的発育異常	無・有( )	無・有	
3 外表奇形	無・有( )		
4 姿勢の異常	無・有( )		
5 皮膚	無・有 ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他	11 四肢	無・有 ア 四肢の運動制限 イ 内反足
6 頭部	無・有 ア 頭血腫 イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常	12 神経学的異常	無・有 ア モロー反射 イ 筋トーンヌス
7 顔	無・有 ア 特異的顔貌 イ 目:白色瞳孔・角膜混濁・ 眼瞼の異常等 ウ 口:口唇裂・口蓋裂 エ 耳:小耳症・副耳・耳瘻孔等	13 发育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイからオの2項目以上)	ア 股関節開排制限 イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ウ 家族歴 エ 女兒 オ 骨盤位分娩
8 頸部	無・有 ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘍	14 その他の異常	
9 胸部	無・有 ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈	15 新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左・両方)・未
19 育児環境等	1 問題なし 2 母の心身状態 3 その他 ( )	16 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未
20 心配事	無・有 ( )	検査結果	異常なし・未実施 異常あり( )
21 判定	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密) 5 要紹介(要治療) 内容( )	17 便色カード	番
紹介先		18 ビタミンK <sub>2</sub> の投与	できている・できていない
22 医師指導内容	1 栄養 2 養育 3 育児不安 4 睡眠 5 その他( )		
23 市町への指示	1 なし 2 要指導(電話・来所・訪問) 内容: 身体発育・発達・栄養・養育不安 その他( )		
医療機関名			
担当医師名			

※太線内すべての項目をボールペンでしっかり書いてください。

フリガナ	性別	生年月日	在胎週数
こどもの氏名	男・女	年 月 日	週
		電話	出生時体重
住所	鈴鹿市	(父・母・ )	g
1	お乳(ミルク)をよく飲みますか。		はい・いいえ
2	元気な声で泣きますか。		はい・いいえ
3	大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか。		はい・いいえ
4	お乳(ミルク)を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。		いいえ・はい
5	からだ特に柔らかいとか硬いと感じたことがありますか。		いいえ・はい
6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。		いいえ・はい
7	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。		はい・いいえ
8	裸にすると手足をよく動かしますか。		はい・いいえ
9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。		なし・あり(1日__本)
10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。		なし・あり(1日__本)
11	窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。		はい・いいえ
12	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。		はい・いいえ
13	あなたはゆったりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか。		はい・いいえ・何ともいえない
14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか。		はい・いいえ・何ともいえない
15	子育てについて不安や困難を感じることはありますか。		はい・いいえ・何ともいえない
16	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。 1 夫 2 実家 3 夫の実家 4 友人 5 近所の人 6 かかりつけ医 7 保育園 8 電話相談 9 保健師 10 インターネット 11 サークル 12 子育て支援センター 13 誰もいない 14 その他( )		
17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか。 いいえ・はい 相談内容( )		
18	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力合って家事・育児をしていますか。 1 そう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらかといえばそう思わない 4 そう思わない		
19	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。		いいえ・はい
20	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。 1 大変ゆとりがある 2 ややゆとりがある 3 普通 4 やや苦しい 5 大変苦しい		
21	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。		いいえ・はい
22	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。		いいえ・はい
23	あなた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
24	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。		はい・いいえ
25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。		はい・いいえ
26	相談したいこと		

※検査結果は、母子保健事業のために使用しますので、このことを同意のうえ受診してください。  
なお、個人情報の扱いには細心の注意を払い、母子保健事業以外には使用しません。

(医療機関控え)

# 鈴鹿市1か月児健康診査結果票〔B〕

受診日 令和 年 月 日

身体測定 (生後( )日) *妊娠37週未満の場合...修正月齢		か月( 日)		
身長	体重	頭囲	栄養法	
cm	g (増加量 g/日)	cm	母乳・混合・人工乳	
1 栄養状態	良・要指導( )	10 腹部・腰背部 無・有	ア 臍:肉芽・ヘルニア	
2 身体的発育異常	無・有( )		イ 腹部腫瘍	
3 外表奇形	無・有( )		ウ そけいヘルニア	
4 姿勢の異常	無・有( )		エ 仙骨部の異常	
5 皮膚 無・有	ア 黄疸	11 四肢 無・有	ア 四肢の運動制限	
	イ 血管腫		イ 内反足	
	ウ 色素異常		12 神経学的異常 無・有	ア モロー反射
	エ その他			イ 筋トーマス
6 頭部 無・有	ア 頭血腫	13 発育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイからオの2項目以上)	ア 股関節開排制限	
	イ 頭囲拡大		イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称	
	ウ 小頭症		ウ 家族歴	
	エ 縫合異常		エ 女兒 オ 骨盤位分娩	
7 顔 無・有	ア 特異的顔貌	14 その他の異常	15 新生児聴覚検査 正常・精査中(右・左・両方)・未	
	イ 目:白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等			
	ウ 口:口唇裂・口蓋裂			
	エ 耳:小耳症・副耳・耳瘻孔等			
8 頸部 無・有	ア 斜頸	16 先天性代謝異常等検査の結果説明 済・未	検査結果 異常なし・未実施 異常あり( )	
	イ その他の頸部腫瘍			
9 胸部 無・有	ア 胸部の異常	17 便色カード 番	18 ビタミンK <sub>2</sub> の投与 できている・できていない	
	イ 呼吸の異常			
	ウ 心雑音			
	エ 不整脈			
19 育児環境等	1 問題なし 2 母の心身状態 3 その他 ( )			
20 心配事	無・有 ( )			
21 判定	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密) 5 要紹介(要治療) 内容( )			
紹介先				
22 医師指導内容	1 栄養 2 養育 3 育児不安 4 睡眠 5 その他( )			
23 市町への指示	1 なし 2 要指導(電話・来所・訪問) 内容: 身体発育・発達・栄養・養育不安 その他( )			
医療機関名				
担当医師名				

※太線内すべての項目をボールペンでしっかり書いてください。

フリガナ	性別	生年月日	在胎週数
こどもの氏名	男・女	年 月 日	週
		電話	出生時体重
住所	鈴鹿市	(父・母・ )	g
1	お乳(ミルク)をよく飲みますか。		はい・いいえ
2	元気な声で泣きますか。		はい・いいえ
3	大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか。		はい・いいえ
4	お乳(ミルク)を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。		いいえ・はい
5	からだ特に柔らかいとか硬いと感じたことがありますか。		いいえ・はい
6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。		いいえ・はい
7	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。		はい・いいえ
8	裸にすると手足をよく動かしますか。		はい・いいえ
9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。		なし・あり(1日__本)
10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。		なし・あり(1日__本)
11	窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。		はい・いいえ
12	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。		はい・いいえ
13	あなたはゆったりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか。		はい・いいえ・何ともいえない
14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか。		はい・いいえ・何ともいえない
15	子育てについて不安や困難を感じることはありますか。		はい・いいえ・何ともいえない
16	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。 1 夫 2 実家 3 夫の実家 4 友人 5 近所の人 6 かかりつけ医 7 保育園 8 電話相談 9 保健師 10 インターネット 11 サークル 12 子育て支援センター 13 誰もいない 14 その他( )		
17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか。 いいえ・はい 相談内容( )		
18	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力合って家事・育児をしていますか。 1 そう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらかといえばそう思わない 4 そう思わない		
19	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。		いいえ・はい
20	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。 1 大変ゆとりがある 2 ややゆとりがある 3 普通 4 やや苦しい 5 大変苦しい		
21	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。		いいえ・はい
22	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。		いいえ・はい
23	あなた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
24	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。		はい・いいえ
25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。		はい・いいえ
26	相談したいこと		

※検査結果は、母子保健事業のために使用しますので、このことを同意のうえ受診してください。  
なお、個人情報の扱いには細心の注意を払い、母子保健事業以外には使用しません。

(保護者控え)

# 鈴鹿市1か月児健康診査結果票〔C〕

受診日 令和 年 月 日

身体測定 (生後( )日) *妊娠37週未満の場合...修正月齢		か月( 日)	
身長	体重	頭囲	栄養法
cm	g (増加量 g/日)	cm	母乳・混合・人工乳
1 栄養状態	良・要指導( )	10 腹部・腰背部	ア 臍:肉芽・ヘルニア イ 腹部腫瘍 ウ そけいヘルニア エ 仙骨部の異常
2 身体的発育異常	無・有( )	無・有	ア 四肢の運動制限 イ 内反足
3 外表奇形	無・有( )		
4 姿勢の異常	無・有( )		
5 皮膚	無・有 ア 黄疸 イ 血管腫 ウ 色素異常 エ その他		
6 頭部	無・有 ア 頭血腫 イ 頭囲拡大 ウ 小頭症 エ 縫合異常	11 四肢	ア 股関節開排制限 イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称 ウ 家族歴 エ 女兒 オ 骨盤位分娩
7 顔	無・有 ア 特異的顔貌 イ 目:白色瞳孔・角膜混濁・ 眼瞼の異常等 ウ 口:口唇裂・口蓋裂 エ 耳:小耳症・副耳・耳瘻孔等	12 神経学的異常	ア モロー反射 イ 筋トーンス
8 頸部	無・有 ア 斜頸 イ その他の頸部腫瘍	13 発育性股関節形成不全リスク因子 (ア、またはイからオの2項目以上)	
9 胸部	無・有 ア 胸部の異常 イ 呼吸の異常 ウ 心雑音 エ 不整脈	14 その他の異常	
19 育児環境等	1 問題なし 2 母の心身状態 3 その他 ( )	15 新生児聴覚検査	正常・精査中(右・左・両方)・未
20 心配事	無・有 ( )	16 先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未
21 判定	1 異常なし 2 既医療 3 要経過観察 4 要紹介(要精密) 5 要紹介(要治療) 内容( )	検査結果	異常なし・未実施 異常あり( )
紹介先		17 便色カード	番
22 医師指導内容	1 栄養 2 養育 3 育児不安 4 睡眠 5 その他( )	18 ビタミンK <sub>2</sub> の投与	できている・できていない
23 市町への指示	1 なし 2 要指導(電話・来所・訪問) 内容: 身体発育・発達・栄養・養育不安 その他( )		
医療機関名			
担当医師名			

※太線内すべての項目をボールペンでしっかり書いてください。

フリガナ	性別	生年月日	在胎週数
こどもの氏名	男・女	年 月 日	週
		電話	出生時体重
住所	鈴鹿市	(父・母・ )	g
1	お乳(ミルク)をよく飲みますか。		はい・いいえ
2	元気な声で泣きますか。		はい・いいえ
3	大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出ししたりすることはありますか。		はい・いいえ
4	お乳(ミルク)を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。		いいえ・はい
5	からだ特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。		いいえ・はい
6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。		いいえ・はい
7	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。		はい・いいえ
8	裸にすると手足をよく動かしますか。		はい・いいえ
9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。		なし・あり(1日__本)
10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。		なし・あり(1日__本)
11	窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。		はい・いいえ
12	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。		はい・いいえ
13	あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。		はい・いいえ・何ともいえない
14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか。		はい・いいえ・何ともいえない
15	子育てについて不安や困難を感じることはありますか。		はい・いいえ・何ともいえない
16	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。 1 夫 2 実家 3 夫の実家 4 友人 5 近所の人 6 かかりつけ医 7 保育園 8 電話相談 9 保健師 10 インターネット 11 サークル 12 子育て支援センター 13 誰もいない 14 その他( )		
17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか。 いいえ・はい 相談内容( )		
18	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力合って家事・育児をしていますか。 1 そう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらかといえばそう思わない 4 そう思わない		
19	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。		いいえ・はい
20	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。 1 大変ゆとりがある 2 ややゆとりがある 3 普通 4 やや苦しい 5 大変苦しい		
21	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。		いいえ・はい
22	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。		いいえ・はい
23	あなた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
24	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。		はい・いいえ
25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。		はい・いいえ
26	相談したいこと		

※検査結果は、母子保健事業のために使用しますので、このことを同意のうえ受診してください。  
なお、個人情報の扱いには細心の注意を払い、母子保健事業以外には使用しません。