

7か月児健康診査のお知らせ

【7月大嬰兒的健康检查通知】

お子さんが健康に育つためには、定期的な健康診査が必要です。川崎市では、7か月児健康診査を、川崎市医師会の協力により地域の医療機関で無料で受けられる制度として実施しています。

【为了孩子能健康成长，需要定期进行健康检查。川崎市与川崎市医疗协会合作，在当地医疗机构为7月大嬰兒免费提供健康检查。】

この制度によりお子さんが健康診査を受けるときは、問診票1と2に必要事項を記入して、市内の7か月児健康診査協力医療機関に必ずお持ちください。念のため、健康保険証と小児医療証等もお持ちください。

【如果希望通过此制度接受健康检查，必须填写问诊票1和问诊票2，并将其提交到市内的7月大嬰兒健康检查合作医疗机构。为稳妥起见，请同时携带健康保险证和小儿医疗证等证件。】

- (注) 1 この健康診査は、生後満7か月の前後15日以内（6.5か月～7.5か月）にお受けください。
2 健康診査の受付方法、実施日、実施時間などについては、医療機関ごとに異なりますので、お確かめの上お出かけください。

- 【(注) 1 健康检查应在儿童出生后第个7月前后15天（6个半月至7个半月）内进行。
2 健康检查的挂号方法、日期和时间因医疗机构而异，前往之前请务必做好确认。】

※お問合せ先：お住まいの区の地域みまもり支援センター

【※咨询处：您所在区域的MIMAMORI支援中心】

最新の協力医療機関はこちらから御確認ください。

【请在此查看最新的合作医疗机构】



7 か月児健康診査 問診票 1

【7 月大婴儿健康检查 问诊票 1】

記載者【填写人】

お子さんの月齢（健診当日記入）【婴儿的月齢（健康检查当日填写）】 月【月】 日【日】

氏名 ふりがな【名字 假名】

お子さんの名前【婴儿名字】

年【年】 月【月】 日生まれ【日生】 男【男】・女【女】 第 子【第 子】

父の氏名【父亲的名字】

昭和【昭和】・平成【平成】 年【年】 月【月】 日生まれ【日生】（ 才【岁】
職業【职业】 なし【无】・あり【有】（ ）

母の氏名【母亲的名字】

昭和【昭和】・平成【平成】 年【年】 月【月】 日生まれ【日生】（ 才【岁】
職業【职业】 なし【无】・あり【有】（ ）

住所【住址】 区【区】

連絡先電話番号【联系电话号码】

家族状況【家族状况】 同居家族【同居家人】 人（本児含む）【人（含婴儿本人）】

家族構成【家族构成】 父【父】 母【母】 祖父【祖父】 祖母【祖母】（父方 母方）【（父方 母方）】 その他【其它】（ ）

本児の兄弟姉妹と年齢【婴儿的兄弟姐妹及年龄】（ ）

家族の健康状況【家族的健康状况】 健康【健康】・健康問題がある【有健康问题】（誰が・どの様な）【（谁・ 症状如何）】

主な保育者【主要看护人】 日中【白天】 夜間【夜间】

保育園等への通園【是否上保育园等】 なし【否】・あり【是】（園名【园名】）

妊娠分娩状況【妊娠分娩状况】 ・在胎週数【胎几周数】 週【周】

・妊娠中の経過【孕期过程】 正常【正常】・妊娠高血圧症候群【妊娠高血压】・貧血【贫血】・切迫流産【先兆流产】・ 糖尿病【糖尿病】 その他【其它】（ ）

・分娩時の異常【分娩时有无异常】 なし【无】・帝王切開【剖腹产】・吸引【抽产】・出血多量【大出血】
その他【其它】（ ）

・母の出生後の特記事項（身体面・精神面）【母亲产后的特记事项（生理方面和心理方面）】

なし【无】・あり【有】（ ）

出生状況【出生状况】 ・体重【体重】（ ） g 身長【身高】（ ） c m 胸囲【胸围】（ ）

c m 頭圍【头围】（ ） c m

・出生時の特記事項【出生时的特记事项】 なし【无】・あり【有】 仮死【窒息】・強い黄疸（光線療法・交換輸 血）【严重黄疸（光疗、换血）】・チアノーゼ【发紺】・けいれん【抽搐】

その他【其它】()

その時の処置【当时的治疗】・保育器使用【培养箱的使用】・酸素【氧气】・その他【其它】

・先天性代謝異常検査の結果【先天性代谢异常的检测结果】

異常なし【无异常】・異常あり【异常】()

お子さんの既往歴【婴儿病史】

・今までに大きな病気、事故（けが・やけど・転倒）等がありましたか。

【至今是否患过严重疾病或发生过意外事故（受伤・烧伤・跌倒）等？】

いいえ【不是】・はい【是】

内容【内容】()

治療【治疗】()

・いま治療中の病気はありますか。【目前是否有正在治疗的疾病？】

いいえ【不是】・はい【是】

内容【内容】()

治療【治疗】()