

7か月児健康診査のお知らせ

【Notice of Health Examination for 7-Month-Old Infant】

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。

【Regular medical checkups are necessary for your child to grow up healthy. Kawasaki City offers free medical checkup for children aged 7 months at local medical institutions in cooperation with the Kawasaki City Medical Association.】

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。

【When your child undergoes a medical checkup under this system, **please fill out Questionnaire 1 and 2 and be sure to bring them** to a Medical Institutions for 7-month health checkup in the city. Please also bring your health insurance card and pediatric health certificate etc., just in case. 】

(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。

【This health checkup should be done within 15 days before or after 7 months of age (6.5 to 7.5 months). 】

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。

【The method of admission, date and time for medical check-up may vary from one medical institutions to another, so please confirm beforehand. 】

※お問合せ先：お住まいの区の地域みまもり支援センター

※ 【Contact: Regional Mimamori Support Center in your ward】

最新の協力医療機関はこちらから御確認ください。

【For the latest information on Cooperating Medical Institutions, please check here. 】



7 か月児健康診査 問診票 1

【Health Examination for 7-Month-Old Infant Questionnaire 1】

記載者【Name】 _____

お子さんの月齢【Child's age in months】（健診当日記入【Fill out on the day of medical checkup】）

か月【months】 【days old】

氏名【Name】 ふりがな【Furigana】 _____

お子さんの名前【Child Name】 _____

【Date of Birth】 年【year】 月【month】 日生まれ【day】

男・女【Male・Female】 第 子【The child (birth order)】

父の氏名【Father】 【Date of Birth】 昭和・平成【showa/heisei】 年【year】 月【month】

日生まれ【day】（ 才【years old】）

職業【Occupation】 なし【No】・あり【Yes】（ ）

母の氏名【Mother】 【Date of Birth】 昭和・平成【showa/heisei】 年【year】 月【month】

日生まれ【day】（ 才【years old】）

職業【Occupation】 なし【No】・あり【Yes】（ ）

住所【Address】 区【ward】 連絡先電話番号【TEL】

家族状況【Family Situation】

同居家族【Family member living together】 _____ 人【persons】（本児含む【including the child】）

家族構成【Family Structure】 父【Father】 母【Mother】 祖父【Grandfather】 祖母【Grandmother】

（父方 母方【Father's side, Mother's side】） その他【others】（ ）

本児の兄弟姉妹と年齢【Siblings and ages of the child】（ ）

家族の健康状況【Health status of Family members】

健康【Health】・健康問題がある【Health problems】（誰が【who】・どの様な【what conditions】） _____

主な保育者【Main caregiver】

日中【Daytime】 _____ 夜間【Night time】 _____

保育園等への通園【Commuting to Day-care centers】

なし【No】・あり【Yes】（園名【Daycare name】 _____ ）

妊娠分娩状況【Pregnancy and delivery status】 ・在胎週数【weeks of pregnancy】 _____ 週【weeks】

・妊娠中の経過【Pregnancy progress】 正常【Normal】・妊娠高血圧症候群【Gestational hypertension】・貧血

【Anemia】・切迫流産【Miscarriage】・糖尿病【Diabetes】 その他【others】（ ）

・分娩時の異常【Abnormality at delivery】 なし【None】・帝王切開【C-section】・吸引【Aspiration】・出血多量

【Excessive bleeding】 その他【others】（ ）

・母の出生後の特記事項【Special notes of mother after delivery】（身体面【physical】・精神面【mental】）

なし【None】・あり【Yes】（ ）

出生状況【Birth Condition】 ・体重【Weight】（ ） g 身長【Height】（ ） c m 胸囲

【Chest】（ ） c m 頭囲【Head】（ ） c m

- ・ 出生時の特記事項【Special note at birth】 なし【None】・あり【Yes】 仮死【apparent death】・強い黄疸（光線療法・交換輸血）【strong jaundice (phototherapy・switch transfusion)】・チアノーゼ【cyanosis】・けいれん【spasm】
その他【Others】（ ）
- その時の処置【Treatment and that time】・保育器使用【incubator use】・酸素【oxygen】・
その他【others】（ ）
- ・ 先天性代謝異常検査の結果【Results of congenital metabolic abnormalities】
異常なし【No abnormality】・異常あり【Abnormal】（ ）

お子さんの既往歴

【Child Medical History】

- ・ 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。

【Have you ever had any serious illnesses or accidents before (injuries, burns, falls)?】

いいえ【No】・はい【Yes】

内容【Detail】（ ）

治療【medical treatment】（ ）

- ・ いま治療中の病気はありますか。【Are you currently undergoing treatment for any illnesses?】

いいえ【No】・はい【Yes】

内容【Detail】（ ）

治療【medical treatment】（ ）