

## 7か月健康診査のお知らせ

## 【Information regarding Health Checkup for 7 months Old Infants】

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受けられる制度として実施しています。

この制度によりお子さんが健康診査を受けるときは、裏面の問診票及び2枚目の受診票（太枠内）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おいてになれば、無料で受けられます。

ただし、病気の診療や治療等の費用は含まれていません。健康診査にだけ御利用ください。

- (注) 1. 健康診査の受付方法、実施日、実施時間などについては、個々の医療機関で決めていますから、お確かめのうえお出かけください。
2. この健康診査は、保健福祉センターでは実施しておりません。
3. 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。

※お問い合わせ先：お住まいの区役所の保健福祉センター

Regular medical health checkups are required for your child to grow healthy.

With the cooperation of the Kawasaki Medical Association, Kawasaki City practices an established policy that all children of 7 months old are to undergo a health checkup at a medical institution within the municipality.

In accordance with the policy, for your child to undergo the health checkup, it is required that the information in the attached medical interview sheet and medical consultation form is completed. The health checkup for your 7 months old will be free of charge when you bring both completed forms to a medical institution that cooperates with Kawasaki City policy.

- NOTE: 1. Please confirm the appointment methods and hours of operation before attending the medical health checkup as these vary depending on the medical institution.
2. This medical health checkup is not conducted at the Health and Social Welfare Center.
3. Please complete this medical health checkup within 15 days before or after the 7<sup>th</sup> month of your child's birth (between 6.5 months and 7.5 months old).

※Inquires: Please contact your local Ward Office's Health and Social Welfare Center, Health and Social Welfare Service Section.

7か月児健康診査問診票

【Health Checkup Questionnaire for 7 month old Children – Medical Interview Sheet】

乳幼児氏名 【Name of your child】	男【Male】 おんな女【Female】	年 月 日生 【Date of Birth (YYYY/MM/DD)】	第 子 【The __ child (birth order)】
保護者氏名 【Name of guardian】	電話【Contact Number】		
住所 【Address】	川崎市 _____ 区 【Kawasaki city _____ ward】		
出産時の状況 【Condition at Birth】	正期産【Full Term Birth】・早産【Premature】( ____ 週【weeks】 出生体重【Weight at Birth】( ____ g))		

次の質問にたいしてあてはまる方の答えに○をつけ、その内容等を記入してください。

【For each of the following questions please circle the answer that applies to your child with explanations filled out where necessary】

<p>1. いままでになにか異常があるといわれたことがありますか。( ____ ) 【Have you previously been told that there is something medically uncommon with your child?】</p> <p>2. いままでになにか重い病気をしましたか。(病名【Name of disease】 ____ ) 【Has your child had any serious illness? Please explain:】</p> <p>3. ひきつけたことがありますか。( ____ 回【times】) 【Has your child ever had a convulsive fit?】</p> <p>4. ねがえって元に戻りますか。 【Can your child roll over in their sleep?】</p> <p>5. 短時間なら一人で座っていられますか。 【Can your child stay seated by themselves if it's for a brief time?】</p> <p>6. わきの下を支えてやると元気よくピョンピョンはねますか。 【When you hold your child by their armpits, do they bounce energetically?】</p> <p>7. 体のそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。 【Does your child reach out and grab for toys place near them?】</p> <p>8. 声を出して大人の注意をひこうとしますか。 【Does your child vocally clamor for attention?】</p> <p>9. ひとみしりをしますか。 【Does your child demonstrate fear around strangers?】</p> <p>10. ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがありますか。 【Do your child's eyes ever look completely white or shine a yellow-like color?】</p> <p>11. たばこを食べたとかやけどなどの事故をおこしたことがありますか。 【Has your child accidentally eaten a cigarette or burnt themselves?】</p> <p>その他心配なこと、相談したいことがあれば書いてください。 【Please outline any other accidents or concerns you may have】</p> <p>( _____ )</p>	<p>いいえ はい 【No/Yes】</p> <p>いいえ はい 【No/Yes】</p> <p>いいえ はい 【No/Yes】</p> <p>はい いいえ 【Yes/No】</p> <p>はい いいえ 【Yes/No】</p> <p>はい いいえ 【Yes/No】</p> <p>はい いいえ 【Yes/No】</p> <p>はい いいえ 【Yes/No】</p> <p>はい いいえ 【Yes/No】</p> <p>いいえ はい 【No/Yes】</p> <p>いいえ はい 【No/Yes】</p>
--	--

7か月児健康診査受診票

【Health Checkup Questionnaire for 7 month old Children – Medical Consultation Form】

乳幼児氏名 【Infant's Name】	男【Male】 女【Female】	年 月 日生 【Date of Birth (YYYY/MM/DD)】	第 子 【The __ child (birth order)】
保護者氏名 【Parent or Guardian】	でんわ 電話【Contact Number】		
住所 【Address】	川崎市 _____ 区 【Kawasaki city _____ Ward】		
出産時の状況 【Condition at Birth】	正期産【Full Term Birth】・早産【Premature】（ _____ 週【weeks】 出生体重【Weight at Birth】（ _____ g）		

健康診査結果（医師記入） 【Results of Medical Health Checkup (doctor use only)】	健診月日 【Health Checkup Date】	年 月 日【YYYY/MM/DD】	満 月 日【Age of child at above date __ months __ days】
	計測 【Measurements】	体重【Weight】 _____ g	身長【Height】 _____ cm
	総合判断 【Overall Judgement】	頭囲【Head】 _____ cm	胸囲【Chest】 _____ cm
	保健福祉センターへの 連絡事項 【Message for Health and Social Welfare Center】	1. 異常なし【No issues】 2. 助言指導（ _____ 番）【Advice and Guidance (No.____)】 3. 要観察（ _____ 番）【Observation (No.____)】 4. 要精査（ _____ 番）【Detailed examination required (No.____)】 5. 要医療（ _____ 番）【Medical treatment required (No.____)】 6. 治療中（ _____ 番）【Currently under treatment (No.____)】 7. 紹介（ _____ 番）【Referral (No.____)】	
医療機関 【Medical Institution Details】	所在地【Location】： 名称【Name】： 氏名【Doctor】： 印		

この検診票は母子健康手帳の21ページに添付してください。

【Please affix this medical examination form on to page 21 of your Maternity Passbook】