

お子さんの氏名		ふりがな		母子健康手帳番号										
				(別冊の表紙に記載の番号)										
生年月日		年		月		日		男・女		第 () 子				
保護者氏名 ()				住所										
連絡先 (母・父 :)				区										
出生時の状況		在胎週数 (週 日)		出生体重 () g										
先天性代謝異常検査の結果		異常なし・異常あり		ビタミン K ₂ の投与		できている・できていない								
新生児聴覚検査の結果		右 (パス・リファアー)・左 (パス・リファアー)												
※リファアーの場合記入		精密検査を受けましたか (受診済・受診予定・受診していない)												
栄養法		・母乳		回～ 回		・ミルク(人工乳)		回～ 回 (1 回		ml 程度)				
お子さんについて	1.母乳やミルク (人工乳) 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.大きな音にビッ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.母乳やミルク (人工乳) 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.からだが特に柔らかいか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、うすいクリーム色の便 (便色カード 1 番～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									
親 (主な養育者) や子育ての状況	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 (本/日)									
	10.現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか				なし・あり (本/日)									
	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、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まれないように工夫していますか				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									
	14.お子さんをいとおしいと感じますか				はい・いいえ									
	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				いいえ・はい									
	16.子育てについて気軽に相談できる人やサポートをしてくれる人はいますか				はい・いいえ									
	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									
	18.お子さんのお母さんとお父さんは協力し合い 家事・育児をしていますか				そう思う・どちらかといえばそう思う どちらかといえばそう思わない・そう思わない									
	19.お子さんが泣き止まない時に、どう対処したらよいかわからなくな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				大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい									
	21.あなたは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									
	22.日頃気になることや相談したいことがあればお書きください													
23.2 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										

※この問診票は川崎市が保管します。内容について地域みまもり支援センターから連絡させいただく場合があります。

※個人情報取り扱いについては川崎市個人情報保護条例により適切に管理しています。

①市提出用

市内医療機関は別で配布している診査票(A4 サイズ)を使用してください

＊保護者は右側の問診票を記入して、医療機関に提出してください。

＊ここから下は医師が記入してください。

受診日 令和 年 月 日 生後 () 日

【身体計測】(91) 身長_____cm (90) 体重_____g			
(93) 頭囲_____cm		栄養法 <u>母乳・混合・人工乳</u>	
新生児聴覚検査	正常・精査中 (右・左) ・未	ビタミン K ₂ の投与	できている・できていない
先天性代謝異常等検査の結果説明	済・未	便色カード	1・2・3・4・5・6・7
【診察所見】	異常の有無	異常の種類	
身体的発育異常	無・有		
外表奇形	無・有		
姿勢の異常	無・有		
皮膚	無・有	(16)黄疸 (19)血管腫 (18)色素異常 (21)その他	
頭部	無・有	(99)頭血腫 (100)頭囲拡大 (101)小頭症 (102)縫合異常	
顔	無・有	(103)特異的顔貌 口：(4)口唇裂・口蓋裂 目：(109)白色瞳孔 (110)角膜混濁 (111)眼瞼の異常等 耳：(112)小耳症・副耳・耳瘻孔等	
頸部	無・有	(5)斜頸 (104)その他の頸部腫瘍	
胸部	無・有	(6)胸部の異常 (71)呼吸の異常 (22)心雑音 (70)不整脈	
腹部・腰背部	無・有	(10)臍：肉芽・ヘルニア (26)腹部腫瘍 (11)そけいヘルニア (105)仙骨部の異常	
四肢	無・有	(108)四肢の運動制限 (106)内反足	
神経学的異常	無・有	(32)モロー反射 (107)筋トヌス	
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 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	
その他の異常			
【総合判定】			
1 異常を認めず		2 要指導 (番)	
3 要観察 (番)			
4 要精密検査 (番)		紹介医療機関 (科名)：	
5 要治療 (番)		6 治療中 (番)	
7 各区役所地域みまもり支援センターへの連絡事項 (無 有：)			

※この診査票は川崎市が保管します。内容について地域みまもり支援センターから連絡させて頂く場合があります。

※個人情報取り扱いについては川崎市個人情報保護条例により適切に管理しています。

医療機関名・医師名

①市提出用