

春日市1歳6か月児健康診査結果表

受診年度	令和7年度
------	-------

こどもの氏名			生年月日	令和 年 月 日
受診日	令和 年 月 日		受診時月齢	歳 か月 日
医療機関名			診察医名	
身体測定	身長	体重	頭囲	カウプ指数
	cm	kg	cm	
既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		発達	
			人の声のする方に向く	か月
			おもちゃをつかむ	か月
			お座り	か月
			発語(有意語)	か月
			ひとり歩き	か月
診察所見	身体的発育状況	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	呼吸器系	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
	精神発達	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	消化器系	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	泌尿生殖器系	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
	運動機能	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	代謝系	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
	視覚	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	先天性の身体的特徴	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
	聴覚	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	生活習慣上の問題	<input type="checkbox"/> 小食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> その他
	血液系	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	情緒行動上の問題	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 多動
	皮膚	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり		<input type="checkbox"/> 不安/恐れ <input type="checkbox"/> その他
	循環器系	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり	その他の異常	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり
	所見内容			
	判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 既医療 <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要紹介(要精密) <input type="checkbox"/> 要紹介(要治療)			
	精神面要治療 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない		身体面要治療 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	
	紹介先:			
	育児環境等	<input type="checkbox"/> 生活リズム <input type="checkbox"/> 母の心身状態 <input type="checkbox"/> その他		
心配事	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			
母子手帳 記載内容	栄養	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導	母乳	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる
	離乳 <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未完了			
	判定 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 要観察()			
子育て支援の必要性の判定	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 保健師による支援が必要 <input type="checkbox"/> その他の支援が必要			
特記事項(市への連絡事項)				