

春日市1歳6か月児健康診査健診票(R7)

(ふりがな)		生年月日:令和 年 月 日
お子さんの氏名:		性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生順: 第 子
住 所:春日市		電話番号: 健康保険証: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
父の氏名:		(職業: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
母の氏名:		(職業: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
妊娠・出生・新生児期	1 妊娠中の特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 高血圧/浮腫 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠 <input type="checkbox"/> その他
	2 妊娠中の喫煙(お母さん)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	3 妊娠中の喫煙(お父さん/パートナー)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	4 妊娠中の喫煙(同居家族)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	5 妊娠中の飲酒(お母さん)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	6 分娩時の特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 帝王切開術 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他)
	7 在胎週数	週 日
	8 出生時の特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> その他)
	9 出生時体重	g
	10 新生児期の特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 黄疸治療 <input type="checkbox"/> その他)
	11 先天性代謝異常等検査	<input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> 異常有 <input type="checkbox"/> 受けていない
	12 新生児聴覚検査(初回検査)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (結果: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要再検)
	13 新生児聴覚検査(再検査)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (結果: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要精密検査)
	14 新生児聴覚検査(精密検査)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (結果: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常)
	15 産褥期の母体の特記事項(産婦健診の結果での問題の有無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
予防接種	1 インフルエンザ菌b型(Hib)※五種混合の接種を含む	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加
	2 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加
	3 DPT-IPV(四種混合)※五種混合の接種を含む	<input type="checkbox"/> 未 第1期(<input type="checkbox"/> 初回1回 <input type="checkbox"/> 初回2回 <input type="checkbox"/> 初回3回 <input type="checkbox"/> 追加)
	4 BCG	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	5 麻しん・風しん	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
	6 水痘	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回
既往歴等	1 生まれつきの病気はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	2 かんしゃくをよく起こしますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	3 泣いたり、動いたりせず大人しすぎたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	4 けいれんを起こしたことはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	5 食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	6 これまで事故で病院にかかったことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	7 既往症(これまでにかかった大きな病気)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
運動発達	1 手をひかれて階段を上ることができますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 手足の動きがぎこちなく突っ張った感じがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	3 鉛筆を持ってなぐり書きをしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	4 スプーンを使って食事ができますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
精神・神経発達	1 片目ずつ手で隠しても、嫌がらずにみえていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	2 絵本を見て知っているものをさしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	3 周りの人の身振りや手振りをまねしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	4 何かに興味を持った時に、指さして伝えようとしていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	5 部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その方向をみますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	6 周囲の人や他のこどもたちに関心を示しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	7 自分の好きなおもちゃで遊びますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

精神・ 神経発達	8	相手になると喜びますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	9	大人の言う簡単な言葉が分かりますか。(おいで・ねんね・ちょうだいなど)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	10	意味のあることばをいくつか話しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	11	うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
生活習慣	1	偏食や小食など食事について心配なことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	2	甘い飲み物(ジュースなど)をよく飲みますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	3	便は毎日出ていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	4	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。	<input type="checkbox"/> こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている <input type="checkbox"/> こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている <input type="checkbox"/> こどもだけで磨いている <input type="checkbox"/> こどもも保護者も磨いていない	
	5	食事や間食(おやつ)の時間はだいたい決まっていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	6	朝起きる時間と、夜寝る時間を選択してください。	起床時刻	時頃 / 就寝時刻 時頃
	7	上着を脱ごうとすることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	8	哺乳ビンを使っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
親や子育ての 状況	1	現在の喫煙(お母さん)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (本/日)
	2	現在の喫煙(お父さん/パートナー)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (本/日)
	3	1歳半から2歳頃までの多くのこどもは、「何かに興味を持った時に、指さしで伝えようとする」ことを知っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	4	浴室のドアには、こどもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
	5	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> ややよくない <input type="checkbox"/> よくない	
	6	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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 何ともいえない
	7	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思わない <input type="checkbox"/> そう思わない	
	8	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	<input type="checkbox"/> 感じない	<input type="checkbox"/> 時々感じる <input type="checkbox"/> いつも感じる
	9	育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	10	あなたの日常の育児の相談相手は誰ですか	<input type="checkbox"/> 夫婦で相談 <input type="checkbox"/> 祖母または祖父 <input type="checkbox"/> 近所の人 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> かかりつけの医師 <input type="checkbox"/> 保健師や助産師 <input type="checkbox"/> 保育士や幼稚園の先生 <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 誰もいない	
	11	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	12	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思わない <input type="checkbox"/> そう思わない	
	13	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。	<input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある <input type="checkbox"/> ややゆとりがある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや苦しい <input type="checkbox"/> 大変苦しい	
	14	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてを選択してください。	<input type="checkbox"/> しつけのし過ぎ <input type="checkbox"/> 感情的に叩いた <input type="checkbox"/> 家に残して外出した <input type="checkbox"/> 長時間食事を与えなかった <input type="checkbox"/> 感情的な言葉で怒鳴った <input type="checkbox"/> こどもの口をふさいだ <input type="checkbox"/> こどもを激しく揺さぶった <input type="checkbox"/> いずれも該当しない	
	15	育児は楽しいですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> いいえ
	16	育児は疲れますか。	<input type="checkbox"/> 疲れにくい	<input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> 疲れる
心配事	1	現在何か心配なことはありますか。いくつかでも選択してください。	<input type="checkbox"/> こどものこと <input type="checkbox"/> 配偶者やパートナーとの関係 <input type="checkbox"/> 父母や義父母との関係 <input type="checkbox"/> 育児仲間のこと <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特に心配事はない	