

フェイスシート

No. _____

氏名		生年月日	続柄	就労・就学(園)等	備考	
家族構成		年 月 日		有・無・育休中	タバコを吸いますか 酒類を飲みますか	はい・いいえ はい・いいえ
		年 月 日		有・無・育休中	タバコを吸いますか 酒類を飲みますか	はい・いいえ はい・いいえ
		年 月 日		有・無・育休中	タバコを吸いますか 酒類を飲みますか	はい・いいえ はい・いいえ
		年 月 日		有・無・育休中	タバコを吸いますか 酒類を飲みますか	はい・いいえ はい・いいえ
		年 月 日		有・無・育休中	タバコを吸いますか 酒類を飲みますか	はい・いいえ はい・いいえ
		年 月 日		有・無・育休中	タバコを吸いますか 酒類を飲みますか	はい・いいえ はい・いいえ
		年 月 日		有・無・育休中	タバコを吸いますか 酒類を飲みますか	はい・いいえ はい・いいえ
		年 月 日		有・無・育休中	タバコを吸いますか 酒類を飲みますか	はい・いいえ はい・いいえ
母	妊娠に係る状況	妊娠前の体重(ふだんの体重): _____ kg 身長: _____ cm 分娩直前の体重: _____ kg その時の妊娠週数: _____ 週 日 <small>※母子健康手帳に記載された「妊娠中の経過」の最後の妊婦健診を受けた妊娠週数と体重を記入してください。</small> 妊娠経過: 該当する項目に記入して下さい。 妊娠高血圧症候群 (_____ 週) 貧血 (_____ 週) 糖尿病 (_____ 週) 切迫流産 (_____ 週) 強いつわり (_____ 週) その他 (_____ 週: _____) 服薬(無・有 内容: _____) 入院 _____ 週 ~ _____ 週(理由 _____)				
	分娩	経膈分娩・帝王切開(理由 _____) 胎位 (頭位 ・ 骨盤位 ・ その他 _____) その他 (_____)				
児	出生時の状態	在胎期間	_____ 週 日			
		体重	_____ g	身長	_____ cm	
		頭囲	_____ cm	胸囲	_____ cm	
	出生後の問題	仮死 チアノーゼ けいれん 貧血 呼吸障害 黄疸 その他 (_____)				
	処置内容	交換輸血 _____ 点滴 _____ 光線療法 (_____ 時間) 保育器 (_____ 日間) 酸素吸入 (_____ 時間) その他 (_____)				
	先天性代謝異常検査	_____ 正常 ・ 異常 ・ 未受検				
	新生児聴覚検査	_____ パス ・ リファア (要確認検査(右・左)) ・ 未実施				
出産した病院・医院名		_____				
1か月児健診	体重	_____ g	身長	_____ cm	頭囲	_____ cm
	・異常なし ・医療機関紹介 紹介先医療機関(_____)受診日(_____ / _____)受診結果(異常なし・継続受診)					

股関節脱臼のチェックのため、次の質問の該当する方に○をつけてください。

(転入者の方で10か月児健診以降の方の記入は必要ありません。)

1. 太ももの皮膚のしわに左右差がある。
2. 手足の動きに左右差やその他気になることがある。 (はい ・ いいえ)



(はい ・ いいえ)

例) 股関節が開きにくい、
おむつ交換時などに音が鳴る…等