

横浜市乳児健康診査（1 か月児健診）診察票

見本

（区福祉保健センター）

受診前に点線より上の部分を記入して医療機関にお持ちください 回答番号等を口 に記入 健診受診日 20 年 月 日 生後()日

ふりがな		電話 番号		住所	〒									
お子さんの氏名	男 女													
母子健康手帳番号		生年 月日	20 年 月 日	在胎 週数		週		日	出生時 体重					g

回答番号を口 に記入

アンケート項目	赤ちゃんの様子	①母乳やミルクをよく飲みますか。	1 はい 2 いいえ				
		②元気な声で泣きますか。	1 はい 2 いいえ				
		③大きな音にピクツ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。	1 はい 2 いいえ				
		④あなたの顔をじっとみつめることがありますか。	1 はい 2 いいえ				
		⑤裸にすると手足をよく動かしますか。	1 はい 2 いいえ				
		⑥母乳やミルク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。	1 はい 2 いいえ				
		⑦からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。	1 はい 2 いいえ				
		⑧うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。	1 はい 2 いいえ				
	子育ての様子	①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。	1 はい 2 いいえ				
		②ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまうよう工夫をしていますか。	1 はい 2 いいえ				
		③子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。	1 はい 2 いいえ				
		④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。 1 そう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらかといえばそう思わない 4 そう思わない					
		⑤2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。	1 はい 2 いいえ				
		⑥(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。	1 はい 2 いいえ				
		⑦お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。	1 はい 2 いいえ				
		⑧子育てについて不安や困難を感じることはありますか。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない				
	養育者自身のこと	①現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	1 日の本数を口 に右詰で記入				
		②現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	1 日の本数を口 に右詰で記入				
		③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。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない				
		④赤ちゃんをいとおしいと感じますか。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない				
		⑤あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。	1 はい 2 いいえ				
		⑥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。 1 大変ゆとりがある 2 ややゆとりがある 3 普通 4 やや苦しい 5 大変苦しい					
		⑦気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	1 はい 2 いいえ				
		⑧物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	1 はい 2 いいえ				
		⑨あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。	1 はい 2 いいえ				
本日相談されたいことがありましたらご記入ください							

以下 医療機関記入欄

身体測定	体重					g	(増加量				g/日)	身長				cm	頭囲				cm	
栄養法	1 母乳 2 混合 3 人工乳											栄養状態	1 良 2 要指導									

回答番号を口 に記入

診察所見	1 全身状況	身体的発育異常 外表奇形 姿勢の異常	1 なし 2 あり				10 発育性股関節形成不全リスク因子(ア、またはイ〜オの2項目以上)	ア 股関節開排制限				
	2 皮膚	黄疸 血管腫 色素異常 その他	1 なし 2 あり				イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称	1 なし 2 あり				
	3 頭部	頭血腫 頭囲拡大 小頭症 縫合異常	1 なし 2 あり				ウ 家族歴 エ 女児 オ 骨盤位分娩					
	4 顔	ア 特異的顔貌	1 なし 2 あり				11 その他の異常		1 なし 2 あり			
		イ 目:白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等	1 なし 2 あり				12 確認・指導事項	新生児聴覚検査の実施状況と結果の確認				
		ウ 口:口唇裂・口蓋裂	1 なし 2 あり					1 正常 精査中(2 右 3 左 4 両方) 5 未				
		エ 耳:小耳症・副耳・耳瘻孔等	1 なし 2 あり					先天性代謝異常等検査の結果説明	1 済 2 未			
	5 頸部	斜頸 その他の頸部腫瘍	1 なし 2 あり					ビタミンK2の投与状況の確認及び必要に応じた投与				
	6 胸部	胸部の異常 呼吸の異常 心雑音 不整脈	1 なし 2 あり					1 できている 2 できていない				
	7 腹部・腰背部	臍(肉芽・ヘルニア) 腹部腫瘍 そけいヘルニア 仙骨部異常 外性器異常	1 なし 2 あり				13 育児環境等	養育者の心身の不調 身体() 1 なし 2 あり				
	8 四肢	四肢の運動制限 内反足	1 なし 2 あり					心 ()				
	9 神経学的異常	モロー反射 筋トーンス 固視 けいれん	1 なし 2 あり				14 心配事		1 なし 2 あり			
	15 その他 ※所見や判定内容について必要に応じて具体的にご記入ください。											

健診の結果	子育て支援について	1 特別な支援の必要は感じられない 2 保健師等による支援を受けることを推奨 3 その他の支援が必要()												
		※支援が必要とされた場合、区福祉保健センター等の関係機関に情報共有することについての同意										1 なし 2 あり		
	判定	1 異常なし												
		2 既医療 (病名 医療機関名)												
		3 要経過観察 (内容)												
4 要紹介(要精密・要治療) (所見 紹介先 病院 科)														
医療機関コード(10桁)					医療機関名					診察医師名				

受診前に点線より上の部分を記入して医療機関にお持ちください 回答番号等を□に記入 健診受診日 20□□年□□月□□日 生後(□□)日

ふりがな		電話 番号		住所	〒				
お子さんの氏名	男 女								
母子健康手帳番号	□□□□□□□□	生年 月日	20 年 月 日	在胎 週数	□□ 週 □□ 日	出生時 体重	□□□□□ g		

回答番号を□に記入

アンケート項目	赤ちゃんの様子	①母乳やミルクをよく飲みますか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□
		②元気な声で泣きますか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□
		③大きな音にピクツ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。	1 はい 2 いいえ	□	□	□
④あなたの顔をじっとみつめることがありますか。		1 はい 2 いいえ	□	□	□	
⑤裸にすると手足をよく動かしますか。		1 はい 2 いいえ	□	□	□	
⑥母乳やミルク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。		1 はい 2 いいえ	□	□	□	
⑦からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。		1 はい 2 いいえ	□	□	□	
⑧うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便（便色カード1番から3番）が続いていますか。		1 はい 2 いいえ	□	□	□	
子育ての様子	①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。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	
	②ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	
	③子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	
	④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。 1 そう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらかといえばそう思わない 4 そう思わない		□	□	□	
	⑤2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。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	
	⑥（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。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	
	⑦お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	
	⑧子育てについて不安や困難を感じることはありますか。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない	□	□	□	
養育者自身のこと	①現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	1 日の本数を□に右詰で記入	□	□	□	□
	②現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますか。	1 日の本数を□に右詰で記入	□	□	□	□
	③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。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない	□	□	□	□
	④赤ちゃんをいとおしいと感じますか。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない	□	□	□	□
	⑤あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	□
	⑥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。 1 大変ゆとりがある 2 ややゆとりがある 3 普通 4 やや苦しい 5 大変苦しい		□	□	□	□
	⑦気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	□
	⑧物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	□
	⑨あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。	1 はい 2 いいえ	□	□	□	□
本日相談されたいことがありましたらご記入ください						

以下 医療機関記入欄

身体測定	体重	□□□□ g	（増加量	□□□ g/日）	身長	□□□ cm	頭囲	□□□ cm
栄養法	1 母乳 2 混合 3 人工乳				栄養状態	1 良 2 要指導		

回答番号を□に記入

診察所見	1全身状況	身体的発育異常 外表奇形 姿勢の異常	1 なし 2 あり	□	□	10発育性股関節形成不全リスク因子（ア、またはイ～オの2項目以上）	ア 股関節開排制限		□	
	2皮膚	黄疸 血管腫 色素異常 その他	1 なし 2 あり	□	□	イ 大腿/そけい皮膚溝の非対称	1 なし 2 あり	□	□	
	3頭部	頭血腫 頭囲拡大 小頭症 縫合異常	1 なし 2 あり	□	□	ウ 家族歴 エ 女児 オ 骨盤位分娩		□	□	
	4顔	ア 特異的顔貌	1 なし 2 あり	□	□	11その他の異常	1 なし 2 あり	□	□	
		イ 目：白色瞳孔・角膜混濁・眼瞼の異常等	1 なし 2 あり	□	□	12確認・指導事項	新生児聴覚検査の実施状況と結果の確認	1 正常 精査中(2 右 3 左 4 両方) 5 未	□	□
		ウ 口：口唇裂・口蓋裂	1 なし 2 あり	□	□		先天性代謝異常等検査の結果説明	1 済 2 未	□	□
	エ 耳：小耳症・副耳・耳瘻孔等	1 なし 2 あり	□	□	ビタミンK2の投与状況の確認及び必要に応じた投与		1 できている 2 できていない	□	□	
	5頸部	斜頸 その他の頸部腫瘍	1 なし 2 あり	□	□	13育児環境等	養育者の心身の不調		□	□
	6胸部	胸部の異常 呼吸の異常 心雑音 不整脈	1 なし 2 あり	□	□		身体（	）1 なし 2 あり	□	□
	7腹部・腰背部	臍（肉芽・ヘルニア） 腹部腫瘍 そけいヘルニア 仙骨部異常 外性器異常	1 なし 2 あり	□	□		心（	）		
8四肢	四肢の運動制限 内反足	1 なし 2 あり	□	□	14心配事		1 なし 2 あり	□	□	
9神経学的異常	モロー反射 筋トーンス 固視 けいれん	1 なし 2 あり	□	□						
15その他 ※所見や判定内容について必要に応じて具体的に記入ください。										

健診の結果	子育て支援について	1 特別な支援の必要は感じられない 2 保健師等による支援を受けることを推奨 3 その他の支援が必要（						□	□	□	
		※支援が必要とされた場合、区福祉保健センター等の関係機関に情報共有することについての同意						1 なし 2 あり	□	□	
	判定	1 異常なし						□			
		2 既医療 （病名 医療機関名									
		3 要経過観察 （内容									
4 要紹介(要精密・要治療) （所見 紹介先 病院 科）											
医療機関コード(10桁)			医療機関名			診察医師名					

受診前に点線より上の部分を記入して医療機関にお持ちください 回答番号等を口に記入 健診受診日 20 年 月 日 生後()日

ふりがな		電話 番号		住所	〒									
お子さんの氏名	男 女													
母子健康手帳番号		生年 月日	20 年 月 日	在胎 週数		週		日	出生時 体重					g

回答番号を口に記入

アンケート項目	赤ちゃんの様子	①母乳やミルクをよく飲みますか。	1 はい 2 いいえ			
		②元気な声で泣きますか。	1 はい 2 いいえ			
		③大きな音にピクツ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。	1 はい 2 いいえ			
		④あなたの顔をじっとみつめることがありますか。	1 はい 2 いいえ			
		⑤裸にすると手足をよく動かしますか。	1 はい 2 いいえ			
		⑥母乳やミルク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。	1 はい 2 いいえ			
		⑦からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。	1 はい 2 いいえ			
		⑧うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。	1 はい 2 いいえ			
	子育ての様子	①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。	1 はい 2 いいえ			
		②ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまうよう工夫をしていますか。	1 はい 2 いいえ			
		③子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。	1 はい 2 いいえ			
		④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。 1 そう思う 2 どちらかといえばそう思う 3 どちらかといえばそう思わない 4 そう思わない				
		⑤2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。	1 はい 2 いいえ			
		⑥(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのごことで相談したいことはありますか。	1 はい 2 いいえ			
		⑦お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。	1 はい 2 いいえ			
		⑧子育てについて不安や困難を感じることはありますか。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない			
	養育者自身のこと	①現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	1 日の本数を口に右詰で記入			
		②現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	1 日の本数を口に右詰で記入			
		③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。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない			
		④赤ちゃんをいとおしいと感じますか。	1 はい 2 いいえ 3 なんともしえない			
		⑤あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。	1 はい 2 いいえ			
		⑥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。 1 大変ゆとりがある 2 ややゆとりがある 3 普通 4 やや苦しい 5 大変苦しい				
		⑦気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	1 はい 2 いいえ			
		⑧物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	1 はい 2 いいえ			
		⑨あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。	1 はい 2 いいえ			
	本日相談されたいことがありましたらご記入ください					

以下 医療機関記入欄

身体測定	体重					g	(増加量				g/日)	身長				cm	頭囲				cm		
栄養法	1 母乳 2 混合 3 人工乳											栄養状態	1 良 2 要指導										

健診の結果	子育て支援について	1 特別な支援の必要は感じられない 2 保健師等による支援を受けることを推奨 3 その他の支援が必要()																
		※支援が必要とされた場合、区福祉保健センター等の関係機関に情報共有することについての同意													1 なし 2 あり			
	判 定	1 異常なし																
		2 既医療 (病名 医療機関名)																
		3 要経過観察 (内容)																
		4 要紹介(要精密・要治療) (所見 紹介先 病院 科)																
医療機関コード(10桁)						医療機関名						診察医師名						

※今後の母子保健の向上のために、個人が特定されない形式でデータを活用させていただく場合があります。

(令和7年4月発行)