


10か月児健診票

健診日 年 月 日 (月 日)

様式1

事前に太枠内を記入し、健診を受ける医療機関にお持ちください。なお健診終了後、この健診票は医療機関を通じ、帯広市子育て支援課にて保管させていただきます。

(ふりがな) 児氏名		生年月日 平成 年 月 日 生れ		男・女	第 子	父名 S・H 年生まれ	勤務先
住所：帯広市		電話 番号	保育 中の 者の 番号	父 母 祖 父 祖 母 保育所()		母名 S・H 年生まれ	勤務先
妊娠・出産の経過： 1、妊娠中次のようなことはありましたか？ ない・あった↓ 浮腫(むくみ)・高血圧・妊娠中毒症・糖尿・貧血・他() 2、出産の様子はいかがでしたか？ 出産病院() / 妊娠期間(週 日) 出産はどうでしたか？ 普通分娩/帝王切開/吸引分娩/前早期破水/他() 黄疸はありましたか？ ない・あった(光線療法 時間)				育児の様子： 1、お母さんの育児に対する気持ちはどれに近いですか？○をつけて下さい。  2、10か月児健診の時に心配なこと、聞きたいことはありますか？ (特になし・あり→具体的に)			
出生時の、体重 g / 身長 cm / 胸囲 cm / 頭囲 cm				計測結果： 体重(g) 身長(cm) 胸囲(cm) 頭囲(cm) カウプ指数 () → 身長と体重のバランスをみる指標です。 <small>※13未満; やせすぎ 13~15未満; やせぎみ 15~19; 普通 19~22; 太り気味 22以上; 太り過ぎ</small>			
生活の様子： 1、睡眠時間は何時から何時までですか？ 夜 時~朝 時 2、授乳方法は？ 母乳・混合・ミルク⇒1日(回)1回に(ml) 3、離乳食は何回ですか？ (回/日) 4、離乳食は何を食べていますか？ 食べているものすべてに○をつけてください。 野菜・肉・魚・卵・大豆製品・乳製品・海藻類 おやつ() よく飲む飲み物() 5、便の回数は？ (日に 回) 6、今までに事故はありましたか？(けが・やけど・誤飲・他)				医師診察結果； 所見有 上気道炎・気管支炎・呼吸音・心雑音() ヘルニア 湿疹・皮膚異常 股関節開排不全 形態異常・大泉門・外傷・火傷 停留睾丸・包茎 口腔内疾患・異常 斜視・眼振 所見なし 運動機能(正常・遅滞) 他()			
発達の様子： 1、首がすわった時期 (か月頃) 2、寝返りをした時期 (か月頃) 3、お座りをした時期 (か月頃) 4、はいはいをした時期(か月頃)・しない 5、自分でつかまって立ちあがりますか？ はい(か月頃)・いいえ 6、指で小さいものをつまみますか？ はい(か月頃)・いいえ 7、バイバイなどのまねをしますか？ はい(か月頃)・いいえ 8、人見知りがありましたか？ はい(か月頃)・いいえ 9、5か月児健診で医師や保健師から経過をみるようお話されたことはありましたか？ ない・あった()				医師指導事項： 医師指示； 問題なし(継続支援不要) 精密検査(へ紹介) 医療継続 子育て支援課(栄養相談・育児相談・発達確認・他)			
予防接種： 1、受けたものに○をつけてください。 BCG 4種混合(1回・2回・3回) ヒブ(1回・2回・3回) B型肝炎(1回・2回・3回) 肺炎球菌(1回・2回・3回・4回) ロタ その他()				医師のサイン			

