

2か月・3か月・4か月健診

実施日

(満 　 月 　 日)

ふりがな

児氏名

男・女 第 子

生年月日 平成 年 月 日

1. 今までにかかった主な病気	なし・あり()
2. 今までに気づいたからだの異常	なし・あり()
3. 今まで受けた健診結果で気になること	なし・あり(　 月健診:)
4. 昼間の主な保育者	母・父・祖父母・保育園・他()
5. 現在の栄養方法	母乳(1日 　 回・1回 　 分) 混合(母乳 　 回/日 1回 　 分 + ミルク 　 cc× 　 回/日) 人工(ミルク 　 cc× 　 回/日)
6. 授乳について気になること	なし あり(飲みが悪い・よく吐く・おっぱいのトラブル・他:)
7. 排便	排便回数: 　 回/日 　 色:
8. 体をよく動かしますか	はい・いいえ
9. 動くものを目で追いますか	はい・いいえ
10. お子さんと目が合いますか	はい・いいえ
11. 大きな音にビクッとしますか	はい・いいえ
12. 声をかけたり、話し声をする方を向きますか	はい・いいえ
13. 「あーあー」「うーうー」など声を出しますか	はい・いいえ
14. あやすと笑いますか	はい・いいえ
15. 手やおもちゃを口にもっていき、なめたりしますか	はい・いいえ
16. ガラガラをふったり、ながめたりして遊びますか	はい・いいえ
17. あお向きから横向きに半分寝返りますか	はい・いいえ
18. お子さんのことで心配に思っていること、相談したいことはありませんか	・なし ・あり(睡眠が浅い・夜泣き・泣き止まない・反り返り抱きにくい・頭の形・手足の動きが少ない・向き癖音に反応しない・体がかたい・体がやわらかい・便秘がち・その他:)
19. ゆったりとした気分でお子さんと過ごせていますか	はい・いいえ
20. 育児を負担に感じることはありませんか	はい・いいえ
21. 育児・家事を手伝ってくれる人はいますか	はい(どなたが:)・いいえ
22. 家族の育児・家事への参加について満足していますか	はい・いいえ
23. 日頃、子育てについて話し合える相手がありますか	はい(夫・妻・親・友人・その他())・いいえ
24. 子育てに疲れた時、相談できる人がいますか	はい(夫・妻・親・友人・その他())・いいえ
25. 子育てについてあてはまるものに○をつけてください(複数回答可)	①大変だが楽しい ②こんなものだと思う ③不安が多い ④イライラ感がある ⑤わからない ⑥その他具体的に困っていることがあれば書いてください()
26. 心配なことや相談したいことを何でもご記入ください	

結果

計測	身長	cm	体重	g	頭囲	cm	胸囲	cm	カウプ指数
	一日当たりの体重増加量		・出生から	g/日増			・前回健診から		g/日増
	筋緊張(良・ふつう・軟・硬) 大泉門 () 大頭() 小頭() 斜頸() 定頸()								
	呼吸:異常なし・あり()								
	循環:心雑音 なし・あり()								
	腹部:異常なし・あり() 臍ヘルニア: ()								
	神経学的所見及び運動機能: 正常・境界・問題あり() 股関節開排制限()								
	眼:追視(-・+) 斜視(-・+) 他()								
	聴覚:正常・問題あり・疑い								
	皮膚:湿疹() オムツかぶれ() 色素異常() 血管腫() その他()								
	外陰部:異常なし・異常あり(陰嚢水腫・停留辜丸・その他)								
	口腔:異常なし・あり()								
	事故:ない・ある(やけど・けが・あざ・誤飲経験・)								
	その他の異常()								
総合判定	身体: 順調・ゆっくり・問題あり() 運動機能: 順調・ゆっくり・問題あり() 精神発達: 順調・ゆっくり・問題あり()								
指導区分	異常なし・助言指導・経過観察(方法) / 時期) 要治療() 要精検(紹介先:) 既医療(医療機関名) 既フォロー(関係機関・施設名)								