



出産・発育の様子 ①

氏名 旭川二郎

母子手帳・健診で確認したことを記入しましょう。

出産の状態	妊婦期間	妊娠 ○○週 ○○日			医師の診断や出産時に気になったことなど			
	分娩経過	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他() 特記事項 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 早期破水 <input checked="" type="checkbox"/> 逆子 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 <input type="checkbox"/> 羊水混濁 <input type="checkbox"/> その他()						
	分娩方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経腔分娩 <input type="checkbox"/> 器械分娩 (<input type="checkbox"/> 吸引 / <input type="checkbox"/> 鉗子) <input type="checkbox"/> 帝王切開						
	分娩所要時間	○時間 ○分						
	出血量	<input checked="" type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中量 <input type="checkbox"/> 多量 (ml)						
	出産時の 児の状態	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	数			<input type="checkbox"/> 単 <input type="checkbox"/> 多 (胎)	
		体重	3,020g				身長	○○cm
		頭囲	○○cm				胸囲	○○cm
		特別な所見・処置 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 強い黄疸 <input checked="" type="checkbox"/> 哺乳力低下 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他()						
	出産場所名称	○○○○病院						
分娩取扱者名	医師：○○ ○○		助産師：○○ ○○					
出産後の 母体の経過	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他()							
	産後の気分の落ち込み： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 治療： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()							
乳幼児期	新生児期 ～生後 28 日	栄養 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳 哺乳力 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 弱い 黄疸 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強い				気になったことなど		
		先天性代謝異常等検査 <input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査 <input type="checkbox"/> 精密検査 聴覚検査 右： <input checked="" type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー / 左： <input checked="" type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー 先天性サイトメガロウイルス検査 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性						
	4 か月 健康診査	体重	○○○○g	身長	○○cm	頭囲	○○cm	指導・助言の内容や気になったことなど
		栄養法 <input checked="" type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳 栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導 股関節開排制限 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
	10 か月 健康診査	体重	○○○○g	身長	○○cm	頭囲	○○cm	指導・助言の内容や気になったことなど
		栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導 離乳食：1 日 () 回 / 歯：() 本 口の中の疾患や異常 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						
	1 才 6 か月 健康診査	体重	○○○○g	身長	○○○cm	頭囲	○○cm	指導・助言の内容や気になったことなど
		栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導 目の異常 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い 耳の異常 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い 予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> Hib <input checked="" type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘						
	3 才 6 か月 健康診査	体重	○○○○g	身長	○○○cm	指導・助言の内容や気になったことなど		
		栄養状態 <input type="checkbox"/> 太り気味 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やせ気味 視力 右 (1.5) 左 (2.0) 目の異常 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い 耳の異常 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い 予防接種 <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎						

母子手帳などを参考に記入します。