様式４―１

**出産・発育の様子 ①**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

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 | □頭　　位　□骨 盤 位　□そ の 他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |  |
| 特記事項 | | | | | | | | | |
| □前期破水　□早期破水　□逆　　子 | | | | | | | | | |
| □臍帯巻絡　□羊水混濁　□そ の 他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 分娩方法 | □経腟分娩　□器械分娩（□吸　引／□鉗　子）　□帝王切開 | | | | | | | | | |
| 分娩所要時間 | 時間　　分 | | | | | | | | | |
| 出血量 | □少　量　□中　量　□多　量（　　　　　ml） | | | | | | | | | |
| 出産時の  児の状態 | 性別 | | □男　□女　□不明 | | | | 数 | □単　□多（ 　胎） | | |
| 体重 | | g | | | | 身長 | cm | | |
| 頭囲 | | cm | | | | 胸囲 | cm | | |
| 特別な所見・処置 | | | | | | | | | |
| □仮　　　死　□け い れ ん　□強 い 黄 疸　□哺乳力低下  □保育器使用　□酸 素 使 用　□そ　の　他（　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 出産場所名称 |  | | | | | | | | | |
| 分娩取扱者名 | 医　師： | | | | | 助産師： | | | | |
| 出産後の  母体の経過 | □良　好　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 産後の気分の落ち込み：□無　□有  治療：□無　□有（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 乳  幼  児  期 | 新生児期  ～生後28日 | 栄　養　□母　乳　□混　合　□人工乳 | | | | | | | | | | 気になったことなど |
| 哺乳力　□普　通　□弱　い | | | | | | | | | |  |
| 黄　疸　□な　し　□普　通　□強　い | | | | | | | | | |
| 先天性代謝異常等検査　□異常なし　□再 検 査　□精密検査 | | | | | | | | | |
| 聴覚検査　右：□パス　□リファー／左：□パス　□リファー | | | | | | | | | |
| 先天性サイトメガロウイルス検査　□陰　　性　□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　□母　乳　□混　合　□人工乳 | | | | | | | | | |  |
| 栄養状態　□　良　　□要指導 | | | | | | | | | |
| 股関節開排制限　□な　し　□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　□　良　　□要指導 | | | | | | | | | |  |
| 離乳食：１日（　　　）回　／　歯：（　　　）本 | | | | | | | | | |
| 口の中の疾患や異常　□な　し　□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　□　良　　□要指導 | | | | | | | | | |  |
| 目の異常　□な　し　□あ　り　□疑　い | | | | | | | | | |
| 耳の異常　□な　し　□あ　り　□疑　い | | | | | | | | | |
| 予防接種　□Hib　　　　　　 □小児肺炎球菌　　□B型肝炎  □ロタウイルス　　□ジフテリア　　　□百日せき  　　　　　□破傷風　　　□ポリオ　　　□BCG　　　□麻しん  　　　　　□風しん　　　□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　□太り気味　□普　　通　□やせ気味 | | | | | | | | | |  |
| 視　　力　右（　　　）　左（　　　） | | | | | | | | | |
| 目の異常　□な　し　□あ　り　□疑　い | | | | | | | | | |
| 耳の異常　□な　し　□あ　り　□疑　い | | | | | | | | | |
| 予防接種　□Hib　　　　　　 □小児肺炎球菌　　□B型肝炎  　□ロタウイルス　　□ジフテリア　　　□百日せき  　　　　　□破傷風　　　□ポリオ　　　□BCG　　　□麻しん  　□風しん　　　□水痘　　　　□日本脳炎 | | | | | | | | | |