



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	☐ 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	☒ 経腔分娩 ☐ 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	3,020g		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	○○○○病院					母子手帳などを参考に記入 します。		
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 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 ☐ リファアール／左： ☒ パス ☐ リファアール 先天性サイトメガロウイルス検査 ☐ 陰 性 ☐ 陽 性				気になったことなど			
		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 (1.5) 左 (2.0) 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							