

(参考様式) 1 か月児健康診査診査票

氏名				受診日	年	月	日
生年月日	年	月	日	身体測定	生後 () 日		
身長		体重		頭囲		栄養法	
cm		g (g/日)		cm		母乳・混合・人工乳	
診 察 所 見 ※	1	身体的発育異常		10	四肢		
	2	外表奇形		11	神経学的異常		
	3	姿勢の異常		12	発育性股関節形成不全リスク因子		
	4	皮膚		13	その他の異常		
	5	頭部					
	6	顔		14	新生児聴覚検査の実施状況・結果の確認		
	7	頸部		15	先天性代謝異常等検査の結果説明		
	8	胸部		16	便色		
	9	腹部・腰背部		17	ビタミンK ₂ の投与状況の確認		
判定 ① 異常なし ② 既医療 ③ 要経過観察 ④ 要紹介（要精密・要治療）							
紹介先医療機関							
診査医名							
保 健 指 導 ※	育児環境等		母親の状態 ()				
			その他 ()				
	心配事		なし あり ()				
	栄養		良 要指導 ()				
	子育て支援の必要性の判定 ① 特に問題なし ② 保健師による支援が必要 () ③ その他の支援が必要 ()						
判定者							
記事（要紹介となった場合の結果等）							

※ 診察項目、保健指導の詳細は、（別添1）1 か月児健診の実施についてをご参照ください。

(別添1) 1か月児健康診査の実施について

1 診査項目

診査項目は、以下のとおりです。

項目	内容	
① 身体発育状況	身長、体重、頭囲、大泉門等を測定し、身体発育曲線を確認します	
② 栄養状態	1日体重増加量及び栄養法を確認し、必要に応じて栄養指導します	
③ 疾病及び異常の有無		
1 身体的発育異常	成長曲線で成長の経過やプロポーション等を確認します	
2 外表奇形	顔面を中心とした小奇形や四肢の奇形の有無を確認します	
3 姿勢の異常	背臥位での静止時姿勢や四肢の自発運動等を確認します	
4 皮膚	黄疸、血管腫、色素異常、その他 を確認します	
5 頭部	頭血腫、頭囲拡大、小頭症、縫合異常 等を確認します	
6 顔	特異的顔貌	
	目（白色瞳孔、角膜混濁、眼瞼の異常等）	
	口（口唇裂、口蓋裂）	
	耳（小耳症、副耳、耳瘻孔等） 等を確認します	
7 頸部	斜頸、その他の頸部腫瘍 等を確認します	
8 胸部	胸部の異常、呼吸の異常、心雑音、不整脈 等を確認します	
9 腹部・腰背部	臍（肉芽、ヘルニア）、腹部腫瘍、そけいヘルニア、仙骨部の異常 等	
10 四肢	四肢の運動制限、内反足 等を確認します	
11 神経学的異常	モロー反射、筋トーンス 等を確認します	
12	発育性股関節形成不全リスク因子	
	ア 股関節開排制限	アに該当する、または、 イからオの2項目以上該当するか を確認します
	イ 大腿・そけい皮膚溝の非対称	
	ウ 家族歴	
	エ 女兒	
オ 骨盤位分娩		
13 その他	便通や便色等の排便状況の確認や上記以外の異常の有無を確認します	
④ 新生児聴覚検査、新生児代謝異常等検査の実施状況や結果等の確認を実施		
⑤ ビタミンK ₂ の実施状況の確認及び必要に応じて投与		
⑥ 育児上問題となる事項の確認		

2 保健指導

受診券（別添2）裏の問診票（別添3）等を活用して、育児環境や母親の心身状態、心配事等を確認し、子育て支援の必要性を評価するとともに、必要な保健指導を実施します。

3 総合判定

問診、身体計測、身体所見等から、結果を総合判定します。

判定区分は、①異常なし、②管理中、③要観察、④要紹介（要精密・要治療）です。

②管理中、③要観察、④要紹介と判定した場合は、受診券の特記事項に判定理由を記載ください。

あわせて、問診、身体計測、保健指導等から子育て支援の必要性を判定します。

判定区分は、①特に問題なし、②保健師による支援が必要、③その他の支援が必要（必要とする支援内容を記載）です。

※ 本診査票は、1か月児健康診査実施のための参考様式です。

市町村への報告時に添付を求めるものではありません。ただし、要紹介となった児について、市町村から健診結果詳細や精密検査結果等の提供依頼があった場合は、結果の送付をお願いします。