



受診券
履歴欄

妊婦相談	妊婦健診							
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	精	歯

新生児	低体重児	3か月児	7か月児	経過観察健診	1歳6か月児	3歳児	心理相談	心理フォロー教室	養育	育成	小児慢特	その他

校 区		
--------	--	--

母子健康記録票

※この記録票は持ち帰らないでください

記入例 妊娠届出以外

該当欄にし点をつけてください 時間外交付 代理交付 初産 経産

来所日	20			年			月			日	来所場所	<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 北
-----	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	------	---

母子手帳	交付日	20			年			月			日	交付場所	<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 北 <input type="checkbox"/> 市外
------	-----	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	------	---

交付No.											-		<input type="checkbox"/> 外国語版	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 産後
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	-------------------------------	--

ふりがな												
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

児氏名												男 女	出生体重	g	在胎週数		週	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	------	---	------	--	---	---

生年月日				年			月			日	第()子	最終月経開始日			年			月			日	妊娠
------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	-------	---------	--	--	---	--	--	---	--	--	---	----

健管番号												分娩予定日 (西暦)	20			年			月			日		週
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	---

ふりがな												
妊産婦氏名												

生年月日				年			月			日	()歳	医療機関	医療機関名称										
												<input type="checkbox"/> 結核健診 <input type="checkbox"/> 性病健診											

妊産婦職業	連絡先 名称											里帰り予定 あり・なし	TEL	住所					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	TEL																		

現	(☎) 熊本市	TEL											独立家屋・アパート・マンション					
		携帯番号											団地 (階建 階)					

住	(☎) 熊本市	TEL											独立家屋・アパート・マンション					
		携帯番号											団地 (階建 階)					

所	(☎) 熊本市	TEL											独立家屋・アパート・マンション					
		携帯番号											団地 (階建 階)					

〔分娩の経過〕
前・早期破水 (無・有) 羊水異常 (無・有) 骨盤位 (無・有) 吸引・帝切 (無・有) 無痛分娩 (無・有)
その他 (無・有) ()

〔新生児期の状況〕
仮死 (無・有) 保育器 (無・有) 日間強い黄疸 (無・有) 光線療法 時間 チアノーゼ (無・有)
けいれん (無・有) 搬送 (無・有) その他 ()

〔発達経過〕
頸定 か月、寝返り か月、お座り か月、高這い か月、つたい歩き か月、独歩 か月、有意語 か月

〔予防接種〕
BCG 済 ポリオ【 1 2 】 三混1期 【1 2 3 追】 麻疹 済 風疹 済 麻疹・風疹混合 済
日脳 【1期 1 2 追】 その他 ()

市外転出先																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ハートナー氏名	生年月日	職業・連絡先等	家族構成
既婚・未婚 (入籍予定あり・なし)	健康・病気		<input type="checkbox"/> 核家族 <input type="checkbox"/> 複合家族 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <small>(本人を除く)</small> <input type="checkbox"/> 子ども <input type="text"/> 人 <input type="checkbox"/> 同居人数 <input type="text"/> 人 その他 ()

妊婦家族病歴 父 なし あり () 母 なし あり () 兄弟姉妹 なし あり () ※高血圧 糖尿病等記入してください	現在の妊婦科名 () 悪阻(つわり) 無・有・不明 治療 無・有 切迫流早産 無・有・不明 治療 無・有 貧血 無・有・不明 治療 無・有 妊婦高血圧症候群 無・有・不明 治療 無・有 血圧 / mmHg 尿蛋白 無・有・不明 治療 無・有 尿糖 無・有・不明 治療 無・有 その他 ()
妊婦既往歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病等 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	その他 ()

既往・死産を含まず	流産	年 月	出生体重 週 数	性別	妊娠・分娩・産褥の異常 1 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 2 切迫流早産 3 貧血 4 帝王切開 5 その他	妊娠中の 体重増加	栄養 母乳 シロ等
		年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・混
		年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・混
		年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・混
		年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・混
		年 月	g 週	男女	無・有	kg	母・ミ・混

仕事・家事 普通・気をつけている・無理をしている 自転車・バイク利用 なし・あり 喫煙 本人 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 家族 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 飲酒 なし・あり 時々・毎日 () 便通 回/日 妊娠中に転居の可能性がある はい・いいえ いままでにかウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがある はい・いいえ 障がい者手帳を所持している はい・いいえ	食欲 あり・普通・なし 食事回数 () 回/日 味付け うす味・普通・こい味 偏食 なし・あり 特に嫌いなもの () 妊娠してから食生活上特に注意している点 ()
--	---

相談日	20 年 月 日 保	栄
-----	------------	---

1.母子健康手帳の活用 2.定期健診の勧め 3.体重のコントロール 4.疾病予防 5.母乳のすすめ 6.喫煙について	7.母子栄養食品 8.分娩費の補助について 9.両(母)親学級のすすめ 10.予防接種について 11.疾患 12.その他(社会的・経済的)	栄養指導 <input type="checkbox"/> 1.食事回数 <input type="checkbox"/> 2.つわり <input type="checkbox"/> 3.味付け <input type="checkbox"/> 4.偏食 <input type="checkbox"/> 5.間食	<input type="checkbox"/> 6.体重管理 <input type="checkbox"/> 7.疾病予防 <input type="checkbox"/> 8.病態 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 貧 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 9.その他 () サイン () サイン ()
保健指導 <input type="checkbox"/> 対応済み <input type="checkbox"/> 継続支援 <input type="checkbox"/> 未対応			

次回予定	20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接
------	----------	---

区分	<input type="checkbox"/> 双胎・多胎 <input type="checkbox"/> 32週以降の交付 <input type="checkbox"/> 外国人で意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他(社会的・経済的) <input type="checkbox"/> 若年妊産婦 <input type="checkbox"/> 産後の交付 <input type="checkbox"/> 母の疾患
----	---

歯科	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	0:健全歯 本 1:処置歯 本 2:未処置歯 本 3:△処置歯 本 4:△未処置歯 本 5:▲歯 本 歯磨き 回
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																		
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																			
歯垢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歯石 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () CAL <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 CPITN <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 不正咬合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	咀嚼意識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 サイン() かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 定期健診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歯間ブラシ・フロス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> への満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> 不自由 喫煙の歯周病への影響 <input type="checkbox"/> 影響あり <input type="checkbox"/> 影響なし <input type="checkbox"/> わからない 判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要精密																																																																	