



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	心理フオーロ教室	養育	育成	小児慢特	その他

校 区		
--------	--	--

※この記録票は持ち帰らないでください

### 母子健康記録票

記入例

該当欄にし点をつけてください 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  時間外交付  代理交付  初産  経産  妊娠届以外

母子手帳	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
	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 週
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		医療機関名称		
生年月日	年 月 日 ( ) 歳	医療機関		
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 住 所	( ) 熊本市	TEL 携帯番号	独立家屋・アパート・マンション 団地 ( 階建 階 )	
	( ) 熊本市	TEL 携帯番号	独立家屋・アパート・マンション 団地 ( 階建 階 )	
	( ) 熊本市	TEL 携帯番号	独立家屋・アパート・マンション 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〕 <input type="checkbox"/> 1. BCG <input type="checkbox"/> 2. 三種・四種混合 ( 回 ) <input type="checkbox"/> 3. ポリオ ( 回 ) <input type="checkbox"/> 4. MR混合 <input type="checkbox"/> 5. 日脳 ( 回 ) <input type="checkbox"/> 6. ヒブ ( 回 ) <input type="checkbox"/> 7. 肺炎球菌 ( 回 ) <input type="checkbox"/> 8. 水痘 ( 回 ) <input type="checkbox"/> 9. おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 10. 〇タ <input type="checkbox"/> 11. その他 ( )				
市外転出先				

この記録票は、子育て支援以外の目的で使用することはありません。個人情報保護法に基づき、個人情報は保護されます。

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 妊娠を 含む	年 月	出生体重 週 数	性別	妊娠・分娩・産褥の異常		妊娠中の 体重増加	栄養 母乳 シロ等
				1 妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症)	2 切迫流早産		
	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"/> 6.体重管理 <input type="checkbox"/> 2.つわり <input type="checkbox"/> 7.疾病予防 <input type="checkbox"/> 3.味付け <input type="checkbox"/> 8.病態 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 貧 <input type="checkbox"/> 4.偏食 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> 5.間食 <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 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 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
	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																																																																		