



受診券
履歴欄

妊婦相談	妊婦健診				新生児	低体重児	3か月児	7か月児	経過観察健	1歳6か月	3歳児	心理相談	心理フォロー	養育	育成	小児慢性	その他
	①	②	③	④													
	⑨	⑩	⑪	⑫													

校 区		
--------	--	--

赤色で囲んだ部分を
赤字を参考にして記入してください

※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

妊娠届出以外

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			
母子手帳 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	2019	年	7	月	1	日	妊娠					
健管番号											分娩予定日 (西暦)	20	20	年	4	月	6	日		週
ふりがな	くもと はなこ										医療機関名称	〇〇産婦人科医院 (現在受診中の産婦人科)								
妊産婦 氏名	熊本 花子										医療機関									
生年月日	1	9	8	6	年	1	0	月	1	日	(32)歳	<input type="checkbox"/> 結核健診	<input type="checkbox"/> 性病健診							
妊産婦職業	連絡先 名称	会社名や施設名、学校名等を記入										里帰り予定	あり なし							
<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	TEL 096-000-0000										住所	産前・産後の滞在予定先を記入								
現 住 所	(☎ 860-860)	熊本市 中央区手取本町1-1				TEL					独立家屋・アパート・ マンション									
						携帯番号	090-0000-0000				団地 (13 階建 5 階)									
	(☎)	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)									
	(☎)	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〕 <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. ロタ <input type="checkbox"/> 11. その他 ()																				
市外転出先																				

ハートナー氏名 松本 太郎	生年月日 1980.12.1 生	職業・連絡先等 ・就労されていたら、会社名や施設名、学校名等を入力 090-0000-0000	家族構成 <input type="checkbox"/> 核家族 <input checked="" type="checkbox"/> 複合家族 <input type="checkbox"/> パートナー <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 (本人を除く) <input checked="" type="checkbox"/> 子ども <input type="text" value="1"/> 人 <input checked="" type="checkbox"/> 同居人数 <input type="text" value="4"/> 人 その他 (妹)
既婚・ 未婚 <input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 病気	(入籍予定 あり ・なし)		

妊婦家族病歴 父 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 母 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (糖尿病) 兄弟姉妹 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※高血圧 糖尿病等記入してください	現在の産婦人科名 (〇〇産婦人科医院) 悪阻 (つわり) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 切迫流産 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 貧血 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 尿糖 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明	今回の妊娠状況 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 mmHg 治療 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
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 checked="" type="checkbox"/> その他 (潰瘍性大腸炎)	その他 ()	

既流・死産を含まず	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 切迫流産 4 帝王切開 3 貧血 5 その他	妊娠中の体重増加	栄養・母乳等
	2016年4月	2890g 39週	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 4	12kg	母・ <input checked="" type="checkbox"/> 混
	年 月	g 週	男 女	無・有	kg	母・ <input checked="" type="checkbox"/> 混
	年 月	g 週	男 女	無・有	kg	母・ <input checked="" type="checkbox"/> 混
	年 月	g 週	男 女	無・有	kg	母・ <input checked="" type="checkbox"/> 混
	年 月	g 週	男 女	無・有	kg	母・ <input checked="" type="checkbox"/> 混

仕事・家事 普通 気がつけている ・無理をしている 自転車・バイク利用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 喫煙 本人 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本/日 家族 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 20 本/日 飲酒 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 時々・毎日 () 便通 1 回/ 2 日	食欲 あり ・普通・なし 食事回数 (3) 回/日 味付け うす味 ・普通・こい味 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特に嫌いなもの ()
妊娠中に転居の可能性ある <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いままでにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがある <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 障がい者手帳を所持している <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	妊娠してから食生活上特に注意している点 (<input checked="" type="checkbox"/> 〇〇を摂取するようにしている) (<input type="checkbox"/> 〇〇を控えるようにしている・・・など)

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 ()
---	--	------	---	---

保健指導 対応済み 継続支援 未対応

次回予定 20 年 月 日 訪問 電話 面接

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

歯科	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 <input type="text"/> 回
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	