



受診券  
履歴欄

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

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

該当欄にシ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

来所日 (西暦)	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 (西暦)	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											医療機関	医療機関名称					
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--------	--	--	--	--	--

生年月日 (西暦)				年			月			日	( )歳	医療機関										
--------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

妊産婦職業	名称											職種	里帰り予定	TEL					
-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	-------	-----	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり															
-----------------------------	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

自宅	( ☎ )	熊本市	TEL						携帯番号						一軒家・アパート・マンション	団地 ( )	階建 ( )	階
----	-------	-----	-----	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	----------------	--------	--------	---

住所	( ☎ )	熊本市	TEL						携帯番号						一軒家・アパート・マンション	団地 ( )	階建 ( )	階
----	-------	-----	-----	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	----------------	--------	--------	---

住所	( ☎ )	熊本市	TEL						携帯番号						一軒家・アパート・マンション	団地 ( )	階建 ( )	階
----	-------	-----	-----	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	----------------	--------	--------	---

〔分娩の経過〕																						
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

早産(37週未満)(無・有) 母体搬送(無・有) 前・早期破水(無・有) 骨盤位(無・有) 帝王切開(無・有) 輸血(無・有) 誘導分娩(無・有) 吸引分娩(無・有) 無痛分娩(無・有) その他( )																						
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〔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〕																						
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

顎定 か月、寝返り か月、お座り か月、ハイハイ 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. 四種混合 ( ) 回	<input type="checkbox"/> 3. B型肝炎 ( ) 回	<input type="checkbox"/> 4. 麻しん風しん混合																			
---------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<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																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。

パートナー氏名		生年月日		職業・携帯番号		妊産婦 同居家族構成(妊産婦本人からみて)					
既婚・未婚 (入籍予定あり・なし)		健康・病気		名称 職種 パートナーの携帯番号		<input type="checkbox"/> 核家族 <input type="checkbox"/> 複合家族 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 同居人数 (本人を除く)					
妊婦家族病歴				今回の妊娠状況							
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				現在かかっている ( ) 産婦人科名 ( ) 悪阻(つわり) 無・有・不明 治療 無・有 切迫流産 無・有・不明 治療 無・有 貧血 無・有・不明 治療 無・有 妊娠高血圧症候群 無・有・不明 治療 無・有 血圧 / mmHg 尿蛋白 無・有・不明 治療 無・有 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 ( )							
既往・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 等		
	年	月	g	週	男	女	1 妊娠高血圧症候群 2 切迫流産 4 帝王切開	kg	母・ミ・混		
	年	月	g	週	男	女	3 貧血 5 その他	kg	母・ミ・混		
	年	月	g	週	男	女		kg	母・ミ・混		
	年	月	g	週	男	女		kg	母・ミ・混		
仕事・家事		普通・気をつけている・無理をしている		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 便通 回/日 妊娠中に転居の可能性がある はい・いいえ 今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 はい・いいえ 障がい者手帳を所持している はい・いいえ							
相談日 (西暦)	20	年	月	日	保	栄					
保健指導	1.母子健康手帳の活用		7.母子栄養食品		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 ( )			
	2.定期健診の勧め		8.分娩費の補助について			<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 ( )		<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 ( )			
3.体重のコントロール		9.両(母)親学級のすすめ		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )			
4.疾病予防		10.予防接種について		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )			
5.母乳のすすめ		11.疾患		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )			
6.喫煙について		12.その他(社会的・経済的)		<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 ( )		<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 ( )		<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		<input type="checkbox"/> 対応済み <input type="checkbox"/> 継続支援 <input type="checkbox"/> 未対応		<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 ( )		<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 ( )		<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 ( )			
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	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								
	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		2:未処置歯 本 3:△処置歯 本								
	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		4:△未処置歯 本 5:▲歯 本		歯磨き <input type="checkbox"/> 回						
	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		咀嚼意識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		サイン( )						
歯垢 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
歯石 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		定期健診 <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		歯間ブラシ・フロス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
CPITN <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		への満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> 不自由									
不正咬合 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		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									