

※太わくの中は保護者が受診前に必ず記入してください。受診票は満1歳の誕生日の前日まで有効です。

今までにかかった主な病気・けがを書いてください。その時期（月齢）も書いてください。

・ ひきつけをおこしたことがありますか。 いいえ・はい [初めておこしたのは か月]

・ 予防接種を受けましたか。
はい [ヒブ、小児用肺炎球菌、4種混合、BCG、他]・いいえ

・ 前回の健診(受けた日: 年 月 日)で、指導をうけたり、相談したことがありますか。
いいえ・はい []

お子さんの発達について、今の様子をお書きください。

(A1) おなかをつけて、ずりずりと、ハイハイしますか。	はい・いいえ
(A2) おなかをつけないで、手足（膝）で、ハイハイしますか。	はい・いいえ
(A3) お座りの姿勢からハイハイ姿勢になったり、その逆もできますか。	はい・いいえ
(A4) 自分でつかまり立ちができますか。	はい・いいえ
(A5) つたい歩きができますか。	はい・いいえ
(B1) 指先で、小さいものをつまみますか。	はい・いいえ
(B2) 器の中から物を出すことができますか。	はい・いいえ
(C1) バババー、マンマンマンなどの声を出しますか。	はい・いいえ
(C2) バイバイ、イナイイナイバーなど、人の身ぶりをまねしますか。	はい・いいえ
(C3) 「ちょうだい」と言うと、持っているものを渡そうとしますか。	はい・いいえ
(C4) 「いけません」「ダメ」というと手を引っ込めて親の顔をみたりしますか。	はい・いいえ
(D1) 人見知りをしたことがありますか。	はい・いいえ
(D2) 機嫌のよいときはひとり遊びができますか。	はい・いいえ
(D3) 他のお子さんに興味を示しますか。	はい・いいえ
(D4) 後追いをしますか。	はい・いいえ
(E1) お子さんと、目があいにくいと感じたことがありますか。	いいえ・はい
(E2) 呼びかけると、声のする方向をみますか。	はい・いいえ
(E3) あやしてあげると、よく笑いますか。	はい・いいえ
(E4) かんしゃく（急に機嫌が悪くなるなど）を、おこしやすいですか。	いいえ・はい
(E5) 音や触感など感覚刺激や環境の変化に反応しやすい（過敏）と感じますか。	いいえ・はい
(F1) 見えないところからそっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。	はい・いいえ
(F2) 黒目の位置で気になることがありますか。	いいえ・はい
(F3) 歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることはありますか。	いいえ・はい

お子さんの子育てについて、お書きください。

(G1)	離乳は順調にすすんでいますか。〔離乳食：一日に	回]	はい・いいえ
(G2)	排便は順調に出ていますか。	[日に 回]	はい・いいえ
(G3)	お子さんがよく泣いて困ると感じることはありますか。		いいえ・はい
(G4)	お子さんの睡眠や生活のリズムで気になることはありますか。		いいえ・はい
(G5)	子育てはつらいと感じることがありますか。いいえ・はい	[例えば	]
(G6)	子育てについて悩んだ時、相談する人はいますか。	はい [例えば	]・いいえ
(G7)	子育てに協力してくれる人が身近にいますか。	はい [例えば	]・いいえ
(G8)	子育てをしている保護者のお気持ちは、下記の絵のどれにあたりますか。		

①  ②  ③  ④  ⑤ 

心配なことや相談したいことがあれば、ご自由にお書きください。

※発達は個人差が大きく、月齢により質問票の項目でできないこともあります。診察で確認してもらいましょう。
※健診の結果はお住まいの区に通知され、担当保健師から連絡をさせていただく場合があります。

(様式2)

〈医療機関控〉

乳児後期健康診査受診票(兼結果通知書)	(9～11か月)
---------------------	----------

委託医療機関長様

次のとおり乳児後期健康診査を依頼します。

大坂市長

乳 児 氏 名	フリガナ	生 年 月 日 (年 月 日)	男・女 第 子	保護者 氏 名	フリガナ
現住所	〒 ー 大阪市 区			連絡先 ☎	() ー

診査票（この欄は医師が記入してください。）

診査日	年	月	日
-----	---	---	---

計測 ※体重・身長・頭囲は母子健康手帳などの発育曲線で確認してください。 %：パーセントイル

体 重	身 長	頭 囲
g $\begin{pmatrix} 3\% \text{以下} \\ 97\% \text{以上} \end{pmatrix}$	cm $\begin{pmatrix} 3\% \text{以下} \\ 97\% \text{以上} \end{pmatrix}$	cm $\begin{pmatrix} 3\% \text{以下} \\ 97\% \text{以上} \end{pmatrix}$

発育・栄養 (1) 発育 良好・肥満・やせ (2) 栄養 良好・不良 (3) 血色 良好・不良 身体所見（身体の異常、疾病の有無） (4) 全身 所見なし・あり (5) 皮膚 所見なし・あり 〔かゆみのある湿疹、あざ、その他〕 (6) 頭部 所見なし・あり 目〔斜視、その他〕 耳〔音の反応（呼びかけに反応）〕 口腔・歯〔腫瘍、その他〕 (7) 胸部 所見なし・あり〔呼吸音の異常・心雑音〕 (8) 腹部 所見なし・あり〔腫瘍〕 (9) 外陰部 所見なし・あり 〔停留睪丸、陰嚢水腫、ヘルニア、陰唇癒合〕 (10) 手足 所見なし・あり〔関節可動性・形状〕 (11) 股関節開排制限 所見なし・あり (12) その他 所見なし・あり	神経学的発達所見 (19) パラシュート反射 (+) (±) (-) (20) ホッピング反応 (+) (±) (-) (21) 他の神経学的反射 所見なし・あり 〔 精神発達、社会性、行動発達の所見 (22) 視線 あう・あいにくい （診察時の機嫌 よい・わるい） (23) その他 所見なし・あり 〔 その他
	診査結果 異常なし・要観察・要精検・要医療・既医療（内容）
	今後の方針および連絡事項 1. 当院で〔指導・観察・精検・治療〕 （内容）

発達所見（姿勢・運動の確認） (13) 筋の緊張〔良好・亢進・低下〕 (14) 腹臥位 ①  ②  ③  (15) 座位 ①  ②  ③ 	(内容) 2. 保健福祉センターで保健指導が必要 (内容) 3. 保健福祉センターでの発達相談 (フォローアップ健診) が必要 (内容) 4. 他の医療機関に紹介 [医療機関名] (内容)
---	--

(16) 立 位 [立とうとしない・支えたと立位・ つかまり立ち・一人で立つ]	(内容) 医療機関名および医師名
--	---------------------

(17) 運動発達	所見なし・所見あり	
[		]
(18) 手の操作	所見なし・所見あり	
[		]

※保健福祉センターに直接電話連絡等した場合に記載（1枚目）

※母子健康手帳の9～10か月児健康診査のページに添付し、お子さんの健康づくりにお役立てください。

今までにかかった主な病気・けがを書いてください。その時期（月齢）も書いてください。

- ・ ひきつけをおこしたことがありますか。 いいえ・はい [初めておこしたのは か月]
- ・ 予防接種を受けましたか。
はい [ヒブ、小児用肺炎球菌、4種混合、BCG、他]・いいえ
- ・ 前回の健診(受けた日: 年 月 日)で、指導をうけたり、相談したことがありますか。
いいえ・はい []

お子さんの発達について、今の様子をお書きください。

- | | |
|--|--------|
| (A1) おなかをつけて、ずりずりと、ハイハイしますか。 | はい・いいえ |
| (A2) おなかをつけないで、手足（膝）で、ハイハイしますか。 | はい・いいえ |
| (A3) お座りの姿勢からハイハイ姿勢になったり、その逆もできますか。 | はい・いいえ |
| (A4) 自分でつかまり立ちができますか。 | はい・いいえ |
| (A5) つたい歩きができますか。 | はい・いいえ |
| (B1) 指先で、小さいものをつまみますか。 | はい・いいえ |
| (B2) 器の中から物を出すことができますか。 | はい・いいえ |
| (C1) バババー、マンマンマンなどの声を出しますか。 | はい・いいえ |
| (C2) バイバイ、イナイイナイバーなど、人の身ぶりをまねしますか。 | はい・いいえ |
| (C3) 「ちょうだい」と言うと、持っているものを渡そうとしますか。 | はい・いいえ |
| (C4) 「いけません」「ダメ」というと手を引っ込めて親の顔をみたりしますか。 | はい・いいえ |
| (D1) 人見知りをしたことがありますか。 | はい・いいえ |
| (D2) 機嫌のよいときはひとり遊びができますか。 | はい・いいえ |
| (D3) 他のお子さんに興味を示しますか。 | はい・いいえ |
| (D4) 後追いをしますか。 | はい・いいえ |
| (E1) お子さんと、目があいにくいと感じたことがありますか。 | いいえ・はい |
| (E2) 呼びかけると、声のする方向をみますか。 | はい・いいえ |
| (E3) あやしてあげると、よく笑いますか。 | はい・いいえ |
| (E4) かんしゃく（急に機嫌が悪くなるなど）を、おこしやすいですか。 | いいえ・はい |
| (E5) 音や触感など感覚刺激や環境の変化に反応しやすい（過敏）と感じますか。 | いいえ・はい |
| (F1) 見えないところからそっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか。 | はい・いいえ |
| (F2) 黒目の位置で気になることがありますか。 | いいえ・はい |
| (F3) 歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることはありますか。 | いいえ・はい |

お子さんの子育てについて、お書きください。

- | | | | |
|------|-----------------------------------|---------|--------|
| (G1) | 離乳は順調にすすんでいますか。〔離乳食：一日に | 回] | はい・いいえ |
| (G2) | 排便は順調に出ていますか。 | [日に 回] | はい・いいえ |
| (G3) | お子さんがよく泣いて困ると感じることはありますか。 | | いいえ・はい |
| (G4) | お子さんの睡眠や生活のリズムで気になることはありますか。 | | いいえ・はい |
| (G5) | 子育てはつらいと感じることがありますか。いいえ・はい | [例えば |] |
| (G6) | 子育てについて悩んだ時、相談する人はいますか。 | はい [例えば |]・いいえ |
| (G7) | 子育てに協力してくれる人が身近にいますか。 | はい [例えば |]・いいえ |
| (G8) | 子育てをしている保護者のお気持ちは、下記の絵のどれにあたりますか。 | | |

①  ②  ③  ④  ⑤ 

心配なことや相談したいことがあれば、ご自由にお書きください。

※発達は個人差が大きく、月齢により質問票の項目でできないこともあります。診察で確認してもらいましょう。
※健診の結果はお住まいの区に通知され、担当保健師から連絡をさせていただく場合があります。

(様式2)

〈保護者控〉

乳児後期健康診査受診票(兼結果通知書)	(9～11か月)
---------------------	----------

委託医療機関長様

次のとおり乳児後期健康診査を依頼します。

大阪市長

乳 児 氏 名	フリガナ	生 年 月 日 (年 月 日)	男・女 第 子	保護者 氏 名	フリガナ
現住所	〒 大阪市 区			連絡先 ☎	() -

診査票（この欄は医師が記入してください。）

診査日	年	月	日
-----	---	---	---

計測 ※体重・身長・頭囲は母子健康手帳などの発育曲線で確認してください。％：パーセントイル

体	重	身	長	頭	囲
$g \left(\begin{array}{l} 3 \% \text{以下} \\ 97 \% \text{以上} \end{array} \right)$		$cm \left(\begin{array}{l} 3 \% \text{以下} \\ 97 \% \text{以上} \end{array} \right)$		$cm \left(\begin{array}{l} 3 \% \text{以下} \\ 97 \% \text{以上} \end{array} \right)$	
発育・栄養 (1) 発育 良好・肥満・やせ (2) 栄養 良好・不良 (3) 血色 良好・不良 身体所見（身体の異常、疾病の有無） (4) 全身 所見なし・あり (5) 皮膚 所見なし・あり [かゆみのある湿疹、あざ、その他]] (6) 頭部 所見なし・あり 目 [斜視、その他]] 耳 [音の反応（呼びかけに反応）]] 口腔・歯 [腫瘍、その他]] (7) 胸部 所見なし・あり [呼吸音の異常・心雑音]] (8) 腹部 所見なし・あり [腫瘍]] (9) 外陰部 所見なし・あり [停留睾丸、陰嚢水腫、ヘルニア、陰唇癒合] (10) 手足 所見なし・あり [関節可動性・形状]] (11) 股関節開排制限 所見なし・あり (12) その他 所見なし・あり [] 発達所見（姿勢・運動の確認） (13) 筋の緊張 [良好・亢進・低下] (14) 腹臥位 ①  ②  ③  (15) 座 位 ①  ②  ③  (16) 立 位 [立ちとうしない・支えたと立位・ つかまり立ち・一人で立つ] (17) 運動発達 所見なし・所見あり [] (18) 手の操作 所見なし・所見あり []				神経学的発達所見 (19) パラシュート反射 (+) (±) (-) (20) ホッピング反応 (+) (±) (-) (21) 他の神経学的反射 所見なし・あり [] 精神発達、社会性、行動発達の所見 (22) 視線 あう・あいにくい (診察時の機嫌 よい・わるい) (23) その他 所見なし・あり [] その他	
診査結果 異常なし・要観察・要精検・要医療・既医療 （内容）				今後の方針および連絡事項 1．当院で【指導・観察・精検・治療】 （内容） 2．保健福祉センターで保健指導が必要 （内容） 3．保健福祉センターでの発達相談 （フォローアップ健診）が必要 （内容） 4．他の医療機関に紹介 [医療機関名]] （内容）	
				医療機関名および医師名	

※保健福祉センターへの連絡日（ / ） 連絡者（ ）

※保健福祉センターに直接電話連絡等した場合に記載(2枚目)

保護者の方へ
質問票

今までにかかった主な病気・けがを書いてください。その時期（月齢）も書いてください。

・ひきつけをおこしたことがありますか。 いいえ・はい [初めておこしたのは か月]
・予防接種を受けましたか。
 はい [ヒブ、小児用肺炎球菌、4種混合、BCG、他]・いいえ
・前回の健診（受けた日： 年 月 日）で、指導をうけたり、相談したことがありますか。
 いいえ・はい []

お子さんの発達について、今の様子をお書きください。

(A1) おなかをつけて、ずりずりと、ハイハイしますか。 はい・いいえ
(A2) おなかをつけないで、手足（膝）で、ハイハイしますか。 はい・いいえ
(A3) お座りの姿勢からハイハイ姿勢になったり、その逆もできますか。 はい・いいえ
(A4) 自分でつかまり立ちができますか。 はい・いいえ
(A5) つたい歩きができますか。 はい・いいえ
(B1) 指先で、小さいものをつまみますか。 はい・いいえ
(B2) 器の中から物を出すことができますか。 はい・いいえ
(C1) バババー、マンマンマンなどの声を出しますか。 はい・いいえ
(C2) バイバイ、イナイイナイバーなど、人の身ぶりをまねしますか。 はい・いいえ
(C3) 「ちょうだい」と言うと、持っているものを渡そうとしますか。 はい・いいえ
(C4) 「いけません」「ダメ」というと手を引っ込めて親の顔をみたりしますか。 はい・いいえ
(D1) 人見知りをしたことがありますか。 はい・いいえ
(D2) 機嫌のよいときはひとり遊びができますか。 はい・いいえ
(D3) 他のお子さんに興味を示しますか。 はい・いいえ
(D4) 後追いをしますか。 はい・いいえ
(E1) お子さんと、目があいにくいと感じたことがありますか。 いいえ・はい
(E2) 呼びかけると、声のする方向をみますか。 はい・いいえ
(E3) あやしてあげると、よく笑いますか。 はい・いいえ
(E4) かんしゃく（急に機嫌が悪くなるなど）を、おこしやすいですか。 いいえ・はい
(E5) 音や触感など感覚刺激や環境の変化に反応しやすい（過敏）と感じますか。 いいえ・はい
(F1) 見えないところからそっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。 はい・いいえ
(F2) 黒目の位置で気になることがありますか。 はい・いいえ
(F3) 歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることはありますか。 いいえ・はい

お子さんの子育てについて、お書きください。

(G1) 離乳は順調にすすんでいますか。[離乳食：一日に 回] はい・いいえ
(G2) 排便は順調に出ていますか。 [日に 回] はい・いいえ
(G3) お子さんがよく泣いて困ると感じることはありますか。 いいえ・はい
(G4) お子さんの睡眠や生活のリズムで気になることはありますか。 はい・いいえ
(G5) 子育てはつらいと感じることがありますか。 いいえ・はい [例えば]
(G6) 子育てについて悩んだ時、相談する人はいますか。 はい [例えば]・いいえ
(G7) 子育てに協力してくれる人が身近にいますか。 はい [例えば]・いいえ
(G8) 子育てをしている保護者のお気持ちは、下記の絵のどれにあたりますか。



心配なことや相談したいことがあれば、ご自由にお書きください。

※発達には個人差が大きく、月齢により質問票の項目でできないこともあります。診察で確認してもらいましょう。
※健診の結果はお住まいの区に通知され、担当保健師から連絡をさせていただく場合があります。

(様式2)

乳児後期健康診査受診票(兼結果通知書)

〈保健福祉センター控〉
(9～11か月)

委託医療機関長様

次のとおり乳児後期健康診査を依頼します。

大阪市長

乳児氏名	フリガナ	生年 月 日	年 月 日 (か月 日)	男・女 第 子	保護者氏名	フリガナ
現住所	〒 - 区				連絡先 ☎	() -

診査票（この欄は医師が記入してください。）

診査日 年 月 日

計測 ※体重・身長・頭囲は母子健康手帳などの発育曲線で確認してください。％：パーセントイル

体 重	身 長	頭 囲
g (3 %以下 97 %以上)	cm (3 %以下 97 %以上)	cm (3 %以下 97 %以上)
発育・栄養 (1) 発育 良好・肥満・やせ (2) 栄養 良好・不良 (3) 血色 良好・不良 身体所見（身体の異常、疾病の有無） (4) 全身 所見なし・あり (5) 皮膚 所見なし・あり [かゆみのある湿疹、あざ、その他] (6) 頭部 所見なし・あり 目 [斜視、その他] 耳 [音の反応（呼びかけに反応）] 口腔・歯 [腫瘍、その他] (7) 胸部 所見なし・あり [呼吸音の異常・心雑音] (8) 腹部 所見なし・あり [腫瘍] (9) 外陰部 所見なし・あり [停留睪丸、陰嚢水腫、ヘルニア、陰唇癒合] (10) 手足 所見なし・あり [関節可動性・形状] (11) 股関節開排制限 所見なし・あり (12) その他 所見なし・あり [] 発達所見（姿勢・運動の確認） (13) 筋の緊張 [良好・亢進・低下] (14) 腹臥位 ① ② ③ (15) 座 位 ① ② ③ (16) 立 位 [立とうとしない・支えると立位・] つかまり立ち・一人で立つ] (17) 運動発達 所見なし・所見あり [] (18) 手の操作 所見なし・所見あり []		神経学的発達所見 (19) パラシュート反射 (+) (±) (-) (20) ホッピング反応 (+) (±) (-) (21) 他の神経学的反射 所見なし・あり [] 精神発達、社会性、行動発達の所見 (22) 視線 あう・あいにくい (診察時の機嫌 よい・わるい) (23) その他 所見なし・あり [] その他 診査結果 異常なし・要観察・要精検・要医療・既医療 (内容) 今後の方針および連絡事項 1. 当院で【指導・観察・精検・治療】 (内容) 2. 保健福祉センターで保健指導が必要 (内容) 3. 保健福祉センターでの発達相談 (フォローアップ健診) が必要 (内容) 4. 他の医療機関に紹介 [医療機関名] (内容) 医療機関名および医師名 ※保健福祉センターへの連絡日 (/) 連絡者 ()

※保健福祉センターに直接電話連絡等した場合に記載（3 枚目）

保護者の方へ
質問票

今までにかかった主な病気・けがを書いてください。その時期（月齢）も書いてください。

- ・ひきつけをおこしたことがありますか。 いいえ・はい [初めておこしたのは か月]
- ・予防接種を受けましたか。
はい [ヒブ、小児用肺炎球菌、4種混合、BCG、他]・いいえ
- ・前回の健診（受けた日： 年 月 日）で、指導をうけたり、相談したことがありますか。
いいえ・はい []

お子さんの発達について、今の様子をお書きください。

- (A1) おなかをつけて、ずりずりと、ハイハイしますか。 はい・いいえ
- (A2) おなかをつけないで、手足（膝）で、ハイハイしますか。 はい・いいえ
- (A3) お座りの姿勢からハイハイ姿勢になったり、その逆もできますか。 はい・いいえ
- (A4) 自分でつかまり立ちができますか。 はい・いいえ
- (A5) つたい歩きができますか。 はい・いいえ
- (B1) 指先で、小さいものをつまみますか。 はい・いいえ
- (B2) 器の中から物を出すことができますか。 はい・いいえ
- (C1) バババー、マンマンマンなどの声を出しますか。 はい・いいえ
- (C2) バイバイ、イナイイナイバーなど、人の身ぶりをまねしますか。 はい・いいえ
- (C3) 「ちょうだい」と言うと、持っているものを渡そうとしますか。 はい・いいえ
- (C4) 「いけません」「ダメ」というと手を引っ込めて親の顔をみたりしますか。 はい・いいえ
- (D1) 人見知りをしたことがありますか。 はい・いいえ
- (D2) 機嫌のよいときはひとり遊びができますか。 はい・いいえ
- (D3) 他のお子さんに興味を示しますか。 はい・いいえ
- (D4) 後追いをしますか。 はい・いいえ
- (E1) お子さんと、目があいにくいと感じたことがありますか。 いいえ・はい
- (E2) 呼びかけると、声のする方向をみますか。 はい・いいえ
- (E3) あやしてあげると、よく笑いますか。 はい・いいえ
- (E4) かんしゃく（急に機嫌が悪くなるなど）を、おこしやすいですか。 いいえ・はい
- (E5) 音や触感など感覚刺激や環境の変化に反応しやすい（過敏）と感じますか。 いいえ・はい
- (F1) 見えないところからそっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きませんか。 はい・いいえ
- (F2) 黒目の位置で気になることがありますか。 いいえ・はい
- (F3) 歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることはありますか。 いいえ・はい

お子さんの子育てについて、お書きください。

- (G1) 離乳は順調にすすんでいますか。[離乳食：一日に 回] はい・いいえ
- (G2) 排便は順調に出ていますか。 [日に 回] はい・いいえ
- (G3) お子さんがよく泣いて困ると感じることはありますか。 いいえ・はい
- (G4) お子さんの睡眠や生活のリズムで気になることはありますか。 いいえ・はい
- (G5) 子育てはつらいと感じることがありますか。 いいえ・はい [例えば]
- (G6) 子育てについて悩んだ時、相談する人はいますか。 はい [例えば]・いいえ
- (G7) 子育てに協力してくれる人が身近にいますか。 はい [例えば]・いいえ
- (G8) 子育てをしている保護者のお気持ちは、下記の絵のどれにあたりますか。



心配なことや相談したいことがあれば、ご自由にお書きください。

※発達は個人差が大きく、月齢により質問票の項目でできないこともあります。診察で確認してもらいましょう。
※健診の結果はお住まいの区に通知され、担当保健師から連絡をさせていただく場合があります。

(様式2)

乳児後期健康診査受診票(兼結果通知書) (9～11か月)

委託医療機関長様

次のとおり乳児後期健康診査を依頼します。

大阪市長

乳児氏名	フリガナ	生年 月日	年 月日 (か月 日)	男・女 第 子	保護者氏名	フリガナ
現住所	〒 - 大阪市 区				連絡先 ☎	() -

診査票（この欄は医師が記入してください。）

診査日 年 月 日

計測 ※体重・身長・頭囲は母子健康手帳などの发育曲線で確認してください。％：パーセントイル

体 重	身 長	頭 囲
g (3 %以下 97%以上)	cm (3 %以下 97%以上)	cm (3 %以下 97%以上)
发育・栄養 (1) 发育 良好・肥満・やせ (2) 栄養 良好・不良 (3) 血色 良好・不良 身体所見（身体の異常、疾病の有無） (4) 全身 所見なし・あり (5) 皮膚 所見なし・あり [かゆみのある湿疹、あざ、その他] (6) 頭部 所見なし・あり 目 [斜視、その他] 耳 [音の反応（呼びかけに反応）] 口腔・歯 [腫瘍、その他] (7) 胸部 所見なし・あり [呼吸音の異常・心雑音] (8) 腹部 所見なし・あり [腫瘍] (9) 外陰部 所見なし・あり [停留睪丸、陰嚢水腫、ヘルニア、陰唇癒合] (10) 手足 所見なし・あり [関節可動性・形状] (11) 股関節開排制限 所見なし・あり (12) その他 所見なし・あり [] 発達所見（姿勢・運動の確認） (13) 筋の緊張 [良好・亢進・低下] (14) 腹臥位 ①  ②  ③  (15) 座 位 ①  ②  ③  (16) 立 位 [立とうとしない・支えると立位・つかまり立ち・一人で立つ] (17) 運動発達 所見なし・所見あり [] (18) 手の操作 所見なし・所見あり []		
神経学的発達所見 (19) パラシュート反射 (＋) (±) (－) (20) ホッピング反応 (＋) (±) (－) (21) 他の神経学的反射 所見なし・あり [] 精神発達、社会性、行動発達の所見 (22) 視線 あう・あいにくい [診察時の機嫌 よい・わるい] (23) その他 所見なし・あり [] その他		
診査結果 異常なし・要観察・要精検・要医療・既医療（内容）		
今後の方針および連絡事項 1. 当院で【指導・観察・精検・治療】（内容） 2. 保健福祉センターで保健指導が必要（内容） 3. 保健福祉センターでの発達相談（フォローアップ健診）が必要（内容） 4. 他の医療機関に紹介 [医療機関名]（内容）		
医療機関名および医師名 ※保健福祉センターへの連絡日（ / ） 連絡者（ ）		

※保健福祉センターに直接電話連絡等した場合に記載（4枚目）