

4か月児健康診査受診票

乳児氏名		性別	
生年月日			
住所			

上記乳児の4か月児健康診査を依頼します。

富士市長
委託医療機関の長様

4か月児健康診査受診票

を参考に記入してください。

健康診査日	令和 年 月 日	健康診査日の月齢	月 日
住所	富士市		
フリガナ		男女	生
乳児氏名		生まれ	日
保護者氏名		主に育て	て
出生医療機関名			
新生児期の異常	1 無 2 有 ()		
これまでの病気	1 無 2 有 ()		
予防接種歴	Hib 回, 小児肺炎球菌 4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・		
離乳食を1日何回食べますか	1. 1回 2. 2回 3.		

交付日 年 月 日、受診日 年 月 日

(実施医療機関名)

医療機関へのお願い

- この受診票を発行した市町あてに費用の請求をしてください。

保護者の方へ

- 4か月児健康診査は、お子様をよりよく育てるための健康診査です。
- この受診票を委託医療機関へ提出し、4か月児健康診査を受けてください。
- この受診票を医療機関に提出すると、その費用は公費で負担されます。ただし、公費負担額を超える場合は、自己負担してください。
- この受診票は、本人以外使用できません。
- 他の市町へ転出した場合は、転出先で新たに交付を受けてください。

をつけてください。 1. はい 2. いいえ 3. わからない

3	あやすと声をだして笑いますか	1	2	3
3	両手を触れさせている事がありますか	1	2	3
3	指先のガラガラを自分から握りますか	1	2	3
3	アー、ウーウーなどと泣き声以外の声をだしますか	1	2	3
3	ベルやその他の音に反応しますか	1	2	3

けてください。

等からの指導・ケアは、 1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

10か月児健康診査受診票

1. 受診される方は、太枠内の項目を母子健康手帳を参考に記入してください。

健康診査日	令和 年 月 日	健康診査日の月齢	月 日
住所	富士市		
フリガナ		男女	生
乳児氏名		生まれ	日
保護者氏名		主に育て	て
出生医療機関名			
新生児期の異常	1 無 2 有 ()		
これまでの病気	1 無 2 有 ()		
予防接種歴	Hib 回, 小児肺炎球菌 4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・		
離乳食を1日何回食べますか	1. 1回 2. 2回 3.		

2. 該当する番号に○をつけてください。 1. はい 2.

一人でしっかりすわっていますか	1	2	3
つかまり立ちをしますか	1	2	3
親指と人さし指でつまもうとしますか	1	2	3
ビスケットなどを手にもって食べますか	1	2	3
あなたの声の方をふり向きますか	1	2	3
お母さんは、ゆったりとした気分で お子さんと過ごせる時間がありますか	1	2	*3

3. 何か心配なことがある方は内容を記入してください。

10か月児健康診査受診票

乳児氏名		性別	
生年月日			
住所			

上記乳児の10か月児健康診査を依頼します。

富士市長
委託医療機関の長様

交付日 年 月 日、受診日 年 月 日

(実施医療機関名)

医療機関へのお願い

- この受診票を発行した市町あてに費用の請求をしてください。

保護者の方へ

- 10か月児健康診査は、お子様をよりよく育てるための健康診査です。
- この受診票を委託医療機関へ提出し、10か月児健康診査を受けてください。
- この受診票を医療機関に提出すると、その費用は公費で負担されます。ただし、公費負担額を超える場合は、自己負担してください。
- この受診票は、本人以外使用できません。
- 他の市町へ転出した場合は、転出先で新たに交付を受けてください。

6か月児すくすく赤ちゃん講座 問診票

※この問診票は、ブックスタートふじ事業の絵本引換券となります。

	新生児	4ヶ月	6ヶ月	10ヶ月	1.6歳	3歳
受診						

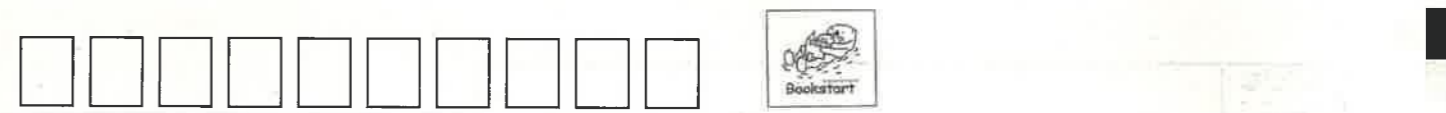
記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

受診日 令和 年 月 日

ふりがな氏名		男・女	R	年	月	日生	
住所		第 子		か	月	日	
保育状況		TEL					
同居家族	父	氏名	() 歳	職業	()	健康・否	
	母	氏名	() 歳	職業	()	健康・否	
	続柄	男・女	年 月 日生	健康・否	男・女	年 月 日生	健康・否
		男・女	年 月 日生	健康・否	男・女	年 月 日生	健康・否

当てはまる□に✓を、選択肢に○を、() 内は記入して下さい。 記入者 母・父・祖母・祖父・その他 ()

体について	①	今までにかかった病気はありますか (病名・手術)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	②	今までに事故やけがはありますか ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	③	今、治療中の病気はありますか (病名) (医療機関)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	④	アレルギー性の病気にかかったことがありますか アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・じんましん・食物アレルギー・喘息・その他 ()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	⑤	ご家族や祖父母でアレルギーの病気にかかった人がいますか (誰が) (病名)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある



食事について	②	離乳食を始めてからどのくらい経ちますか	<input type="checkbox"/> まだ始めていない <input type="checkbox"/> 始めて () 日・週間くらい
	③	離乳食は1日何回食べますか	1日 () 回
	④	離乳食で食べたことがあるものすべてに✓をつけてください	<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 芋類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 豆腐 <input type="checkbox"/> 白身魚 <input type="checkbox"/> その他 ()
	⑤	離乳食について心配なこと、聞きたいことはありますか	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
	①	子育てが楽しいですか	<input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 大変なこともあるが楽しいことの方が多い <input type="checkbox"/> 楽しいこともあるが大変なことの方が多い <input type="checkbox"/> とても大変 <input type="checkbox"/> どちらともいえない
②	お母さんが、ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない	
③	からだや気持ちの状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 心身ともに快調 <input type="checkbox"/> からだはよいが精神的によくない <input type="checkbox"/> 精神的にはよいがからだの不調 <input type="checkbox"/> 心身ともに調子が悪い ()	
④	育てにくさを感じますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> どちらともいえない	
⑤	育児をする中で、迷ったり悩んだりすることはありますか	<input type="checkbox"/> 悩みはない <input type="checkbox"/> 悩んでも解決できる <input type="checkbox"/> 悩みたくない <input type="checkbox"/> 悩んでいる	