

十和田市立中央病院 1か月健診依頼票

記入例

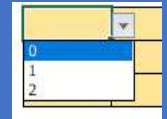
患者氏名 _____
 生年月日 2025年9月1日
 年齢 0歳5ヶ月 <<自動計算>>
 住所 _____
 電話番号 0123-45-6789

各項目記入又は入力してください。
Excelご利用の場合は入力すると背景色が消えます。
入力漏れ確認にご活用ください。

自動計算されます。

- 在胎週数 _____ 週 _____ 日
- 出生時身長 _____ cm
- 出生時体重 _____ g
- 出生時頭囲 _____ cm

0~2のスコアを記入又は入力してください。
Excelご利用の場合は、
選択することができます。直接入力することも可能です。



○ アプガースコア

	皮膚色	心拍数	刺激
1分値			
5分値			
(10分値)			

○ 新生児タンデムマススクリーニング

※ありの場合は詳細を記入してください。

陰性 陽性 【詳細】 _____

該当するチェックボックスにチェックを付けてください。

○ ABR(聴性脳幹反応)

pass 両側 片側なし

【特記事項があればご記入ください】 _____

○ 新生児黄疸に対する光線療法

※ありの場合は詳細を記入してください。

なし あり 【詳細】 _____

○ 妊娠中の経過

※ありの場合は詳細を記入してください。

異常なし あり 【詳細】 _____

○ 胎児に関する経過(外表奇形、水腎症など)

※ありの場合は詳細を記入してください。

異常なし あり 【詳細】 _____

○ 母体に関する経過

(母体の妊娠前体重、体重増加率)

妊娠前体重 _____ kg 最終計測体重 _____ kg

最終計測時の妊娠週数 : _____ 週 _____ 日

体重増加率 _____ % <<自動計算>>

○ 母体合併症

※ありの場合は詳細を記入してください。

自動計算されます。 なし あり 【詳細】 _____

その他申し送り事項がありましたら記載をお願いいたします。

【問合せ先】 十和田市立中央病院 小児科
TEL:0176-23-5121