

十和田市立中央病院 1か月健診依頼票

記入例

患者氏名	レ
生年月日	2025年9月1日
年齢	0歳5ヶ月
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。

0
1
2

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 ☐ 陰性 ☐ 陽性 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

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 1分値 ☐ 両側 5分値 ☐ 両側 10分値

【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 ☐ なし ☐ あり 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

○ 妊娠中の経過 ☐ 異常なし ☐ あり 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

○ 胎児に関する経過(外表奇形、水腎症など) ☐ 異常なし ☐ あり 【詳細】

※ありの場合は詳細を記入してください。

○ 母体に関する経過 ☐ 異常なし ☐ あり 【詳細】

(母体の妊娠前体重、体重増加率)

妊娠前体重 50 kg 最終計測体重 60 kg

最終計測時の妊娠週数 : 週 日

体重増加率 20 % <自動計算>

○ 母体合併症 ☐ なし ☐ あり 【詳細】

※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。

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