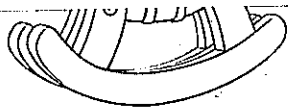
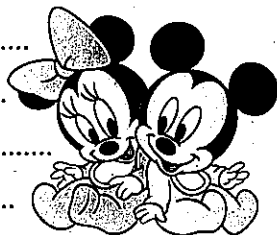




新生児聴覚検査 母子手帳コピー部分



この写真を撮影したときの思い出などを記入してみましょう。



検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
先天性代謝異常検査	年 月 日	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE)	年 月 日	右 (パス・リファア) 左 (パス・リファア)
リファア (要再検査) の場合	年 月 日	

※検査結果を記録する場合は、保護者に説明し同意を得ること。

× × × × × × × 予 備 欄 × × × × × × ×

乳
児

保護者の記録 【2週間頃】 (年 月 日記録)

- 泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いますか。 いいえ はい
- 寝かせるときは、おお向けに寝かせていますか。 はい いいえ
- 自動車に乗るとき、チャイルドシートを使用していますか。 はい いいえ
- 保護者ご自身の睡眠で困っていることはありますか。 いいえ はい
- 子育てについて気軽に相談できる人はいますか。 はい いいえ
- 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 いいえ はい
- 成長の様子、育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

※このページは医療機関、こども家庭センター等で参考にするので、丁寧に記入しましょう。気になることがあれば、医師や保健師、助産師などに相談しましょう。

●この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください●

続柄	ふりがな氏名	生年月日(年齢)	職業
母(妊婦)		年 月 日生(歳)	
父		年 月 日生(歳)	
		年 月 日生(歳)	
居住地	電話		
	電話		
	電話		

出生届出済証明

子の氏名	男・女		
出生の場所	都道府県	市区町村	
出生の年月日	年 月 日		

上記の者については 年 月 日
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長

印

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。



うんちの色に注意しましょう
明るいとこでカードの色と
見比べてください。

1番～3番
に近い色だ
と思う

4番～7番
に近かった
1番～3番
に近くなった

どちらかが当てはまるときは、胆道閉鎖症などの病気の可能性がありますので、1日も早く小児科医、小児外科医等の診察を受けてください。

便色の記入欄(観察日と右欄に当てはまる色番号)

生後2週	年 月 日	番
生後1か月	年 月 日	番
生後1～4か月	年 月 日	番

生後4か月くらいまでは、うんちの色に注意が必要です。生後2週を過ぎても皮膚や白目(しろめ)が黄色い場合、おしっこが濃い黄色の場合にも、すぐに医師等に相談しましょう。