

新生児聴覚スクリーニング検査 「検査の記録ページ」の撮影の仕方

◎「検査の記録」ページ 下記のように撮影し添付してください。

検査の記録			
検査項目	検査年月日	備考	
新生児聴覚検査 (自動ABR・OAE)	年 月 日	右 (リス・リファア)	左 (リス・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週間後】 (年 月 日記録)

●泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いませんか。 いいえ はい

●寝かせるときは、おおむね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

●保護者が自身の聴覚で困っていることはありませんか。 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せんか。 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しますので、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。

医療機関が記載した検査の結果

上記内容について記載があることを
ご確認の上、添付をお願いいたします。

！！記載がはっきり見えない場合は
申請をお受けできません！！

紙

乳 児

●泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いませんか。 いいえ はい

●寝かせるときは、おおむね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

●保護者が自身の聴覚で困っていることはありませんか。 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せんか。 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しますので、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。

×紙が貼ってあり、
検査の記録が見えない

→紙をめくって、記録が全て
見えるように写真を撮ってく
ださい

産婦健康診査 「出産後の母体の経過ページ」の撮影の仕方

◎「出産後の母体の経過」のページを下記のように撮影し添付してください。

出産後・退院時の診察のときに記入しても構いませんよう。
出産後の母体の経過

産 日	子 数	胎 重	乳房の状態	血圧	尿蛋白	尿糖	体重	その他 異常なし
日	数	kg					kg	
良・	正・	否			-	+	-	+
良・	正・	否			-	+	-	+
良・	正・	否			-	+	-	+
良・	正・	否			-	+	-	+
良・	正・	否			-	+	-	+

母親自身の記録

※気分が元んだりもろくなったり、何や何に気が来ないといったことがあります。
 いいはい 何ともいえない

産後、ご自身の気持ちやからだのごことで、気がついたこと、変わったことがあれば、医師、助産師、地域の子育てに関する相談機関（にもどらセンター等）に相談しましょう。

●産後のご自身の気持ちなど、自由に記入しましょう。

入 浴	産後 日（月）日	家事開始	産後 日（月）日
家事以外の 労働賃金	産後 日（月）日	月経再開	年 月 日
家族計 画指導	なし（あり）医師・受胎調製実施指導員・助産師 年 月 日		

15

医療機関が記載した検査の結果

上記内容について記載があることを
ご確認の上、添付をお願いいたします。

！！記載がはっきり見えない場合は
申請をお受けできません！！



紙

日付
☐
☐
☐
☐
☐
☐

※記入の
 順序は、
 たてにしてください。
 （子ども家庭センター等）に相談しましょう。

※産後のご自身の気持ちなど、自由に記入しましょう。

入	容	産後　日（月　日）	家事開始	産後　日（月　日）	
	産後の 労働状況	産後　日（月　日）	月経再開	年　月　日	
	家族計画 指導	なし・あり 医師・受胎計師または指導員・助産員　年　月　日			

×紙が貼ってあり、
検査の記録が見えない

→紙をめくって、記録が全て見えるように写真を撮ってください

乳児一般健康診査 「1か月児健康診査ページ」の撮影の仕方

◎「1か月児健康診査」ページ 下記のように撮影し添付してください。

検査の記録

検査項目	検査年月日	備考
新生児期後検査	年 月 日	
新生児期後検査 (自動A型・C型)	年 月 日	右 (びん・リファア) 左 (びん・リファア)
リファア(要再検査)の場合	年 月 日	

※検査結果を記載する場合は、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 記入)

●泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いませんか。 ☐はい ☐いいえ

●寝かせるときは、おおむね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

●保護者に自身の離乳で困っていることはありませんか。 ☐はい ☐いいえ

●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せんか。 ☐はい ☐いいえ

●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。

①医療機関が記載した健診の結果

②医療機関の施設名

または担当者名

①と②について記載があることを
ご確認の上、添付をお願いいたします。

！！記載がはっきり見えない場合は
申請をお受けできません！！

紙

乳児

保護者の記録【2週間頃】(年 月 日 記入)

●泣き声やお乳を飲む力が弱いと思いませんか。 ☐はい ☐いいえ

●寝かせるときは、おおむね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

●保護者に自身の離乳で困っていることはありませんか。 ☐はい ☐いいえ

●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せんか。 ☐はい ☐いいえ

●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。

×紙が貼ってあり、
医療機関名が見えない

→紙をめくって、記録が全て
見えるように写真を撮ってください