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） リファー（要再検査）の場合	年　月　日 年　月　日	右（パス・リファー） 左（パス・リファー）

※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。

乳児

予　備　欄

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、あ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　何ともいえない
○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、子育て世代包括支援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。