

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

※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、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。