

様式4 (参考様式)

家庭訪問指導票

訪問年月日	年 月 日 (生後 か月 日)		訪問担当者	
ふりがな 児の氏名	男 女	住 所		
生年月日	年 月 日生 (第 子) 単胎・多胎(子中 子)		電 話	
父の名	歳 職業		家 族 状 況	
母の名	歳 職業			
妊娠中の 経過等	初診日: 年 月 日		母子健康手帳交付日: 年 月 日	
	飲酒()、喫煙(本/日)、就労(妊娠 週)まで			
	これまでの妊娠経験: 無・有(回: 妊娠中の異常)			
	今回の妊娠中の異常: 無・有 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> その他()			
出生時の状況	在胎 週 日	入院の有無: 無・有 (入院期間 月 日~ 月 日 (日間))		
	体重 g	未熟児養育医療	該当者・非該当者 申請状況 (未申請・申請中・受給決定)	
	身長 cm			
	胸囲 cm	自立支援医療 (育成医療)	該当者・非該当者 申請状況 (未申請・申請中・受給決定)	
	頭囲 cm			
	AP / 点 仮死 (有・無)	小児慢性特定疾患	該当者・非該当者 申請状況 (未申請・申請中・受給決定)	
	要経過観察事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診断名 治療状況等 その他の合併症			
特記事項(出生時、入院中・退院時の様子等)				
退院後の 母及び児の 受診結果	【児】1ヶ月健診	【母】産後健診	【母】母乳外来	その他()
	月 日受診 (ヶ月 日)	月 日受診 (ヶ月 日)	月 日受診 (ヶ月 日)	月 日受診 (ヶ月 日)
	体重 g	体重 g	体重 g	体重 g
	身長 cm	身長 cm	身長 cm	身長 cm
	胸囲 cm	胸囲 cm	胸囲 cm	胸囲 cm
頭囲 cm	頭囲 cm	頭囲 cm	頭囲 cm	
(特記事項)	(特記事項)	(特記事項)	(特記事項)	(特記事項)

訪問時の状況	計測 観察項目	体重 ※()より ()g/日増 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm	機嫌 (良・不良) 四肢運動 (良・不良) 湿疹 (有・無) 凝視 (有・無) 把握反射 (+・-) 引き起こし反射 (+・-)	大泉門異常 (有・無) 開排便制限 (有・無) 臍部異常 (有・無) 斜視 (有・無) 吸啜反射 (+・-)	筋緊張 (良・不良) 黄疸 (有・無) 斜頸 (有・無) 筋緊張性整反射 (+・-) モロー反射 (+・-)	
	栄養	母乳・混合・人工 母乳 ()回/日 人工 ()ml × ()回 哺乳力 (良・不良)	身体状況	便回数 ()回/日 便性状 (軟・硬)、便の色 () 疾病 (有・無)		
	育児環境 育児状況	医療機関等で行った退院指導の実施状況				
		育児の問題点 母の不安	<input type="checkbox"/> あり (育児手技・愛着形成・経済状態・協力体制・負担感・母の育児態度) <input type="checkbox"/> なし			
		家族からの育児支援 (家族関係・家庭環境等)	<input type="checkbox"/> あり (父親・その他の家族・その他[]) <input type="checkbox"/> なし			
		地域との交流 (相談できる人の有無)	<input type="checkbox"/> あり (育児サークル・近隣の住人・その他[]) <input type="checkbox"/> なし			
		指導事項	<input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 清潔・皮膚の手入れ <input type="checkbox"/> 股関節脱臼予防 <input type="checkbox"/> 外気浴 <input type="checkbox"/> 事故防止 <input type="checkbox"/> 乳幼児健診・予防接種 <input type="checkbox"/> 育児サークル等の利用 <input type="checkbox"/> 地域の相談窓口 <input type="checkbox"/> その他:			
母の状況	産後健診	<input type="checkbox"/> 受診 ()月 ()日 <input type="checkbox"/> 未受診				
	身体状況	悪露 (有・無)、量 (多・普通・少)、性状 (赤・褐色・黄色・無色) 母乳分泌 (良・不良)、栄養 (良・不良)、休息・睡眠 (良・不良) その他:				
	生活状況	現在の就業(無・有) [産後休暇 (有・無)、育児休暇 (無・有:)年 ()月まで]				
	訪問時の母の様子					
	指導事項	<input type="checkbox"/> 身体復古 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 産後の栄養と休息 <input type="checkbox"/> 家族計画 <input type="checkbox"/> その他:				
外来で行って欲しい支援						
まとめ (地域で行った指導)						
今後の支援	フォロー内容[] フォロー方法[]					

※ (医療機関等)へ情報提供することへの父母の了解 (あり・なし)

記録日 ()年 ()月 ()日