

東京都医師会 乳幼児保健委員会
【3～4か月児健診】 診察チェックシート(2018年版)

全身状態 (姿勢、筋緊張、general movement)	<input type="checkbox"/> 良好(正常)	・あり <input type="checkbox"/> 不自然な外傷 傷跡 <input type="checkbox"/> 貧血 その他()
--	---------------------------------	--

皮膚	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> 湿疹(脂漏性湿疹、その他の湿疹) <input type="checkbox"/> 母斑 <input type="checkbox"/> 血管腫 その他()
-----------	-------------------------------	---

頭部	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> 大泉門膨隆 <input type="checkbox"/> 大泉門閉鎖 <input type="checkbox"/> 頭囲拡大(大、小) その他()
顔部	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> 斜視 その他()
頸部	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> 斜頸(胸鎖乳突筋腫瘍 右・左) その他()

胸部	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> 心雑音 <input type="checkbox"/> 心音不整 <input type="checkbox"/> 呼吸音の異常(喘鳴・ラ音) その他()
腹部	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> 腹部腫瘍 <input type="checkbox"/> 臍ヘルニア その他()

外陰部	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> 停留精巣(右・左) <input type="checkbox"/> 陰嚢水腫(右・左) <input type="checkbox"/> 鼠径ヘルニア(右・左) <input type="checkbox"/> 外性器異常
股関節	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> (右・左) その他()
腰部・臀部	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり(凹み、腫瘍) その他()
先天性形態異常 (外表奇形)	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> あり(頭、顔面、四肢、体幹) その他()

神経	<input type="checkbox"/> 異常なし	・あり <input type="checkbox"/> 引き起こし反応異常 <input type="checkbox"/> 頸定未完了 <input type="checkbox"/> 固視しない <input type="checkbox"/> 追視しない <input type="checkbox"/> あやし笑いが無い <input type="checkbox"/> 喃語がでない
・音への反応	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 乏しい