

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)	年 月 日	右 (パス・リファア) 左 (パス・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

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、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。