

## 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。

うんちの色に注意しましょう  
明るいところでカードの色と  
見比べてください。

1番～3番

に近い色だと  
思う

4番～7番

だったのが  
1番～3番  
に近くなった

どちらかが当てはまるときは、胆道閉鎖症  
などの病気の可能性がありますので、1日  
も早く小児科医、小児外科医等の診察を  
受けてください。

便色の記入欄（観察日と右欄に当てはまる番号）

生後2週	
年 月 日	番

生後1か月	
年 月 日	番

生後1～4か月	
年 月 日	番

生後4か月くらいまでは、うんちの色に注  
意が必要です。生後2週を過ぎても皮膚  
や白目(しろめ)が黄色い場合、おしっこ  
が濃い黄色の場合にも、すぐに医師等に  
相談しましょう。