

## 附件 1

## 新生儿家庭访视记录表

姓 名:

编号 □□□ - □□□□□

性 别	1 男 2 女 9 未说明的性别 0 未知的性别 <input type="checkbox"/>		出生日期	□□□□ □□ □□	
身份证号			家庭住址		
父 亲	姓名	职业	联系电话	出生日期	
母 亲	姓名	职业	联系电话	出生日期	
出生孕周	周	母亲妊娠期患病情况 1 无 2 糖尿病 3 妊娠期高血压 4 其他			
助产机构名称:		出生情况 1 顺产 2 胎头吸引 3 产钳 4 剖宫 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 5 双多胎 6 臀位 7 其他			
新生儿窒息 1 无 2 有 (Apgar 评分: 1min 5min 不详) <input type="checkbox"/>		畸型 1 无 2 有 <input type="checkbox"/>			
新生儿听力筛查: 1 通过 2 未通过 3 未筛查 4 不详 <input type="checkbox"/>					
新生儿疾病筛查: 1 未进行 2 检查均阴性 3 甲低 4 苯丙酮尿症 5 其他遗传代谢病 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>					
新生儿出生体重		kg	目前体重	kg	出生身长
喂养方式 1 纯母乳 2 混合 3 人工 <input type="checkbox"/>		吃奶量		mL/次	吃奶次数
呕吐 1 无 2 有 <input type="checkbox"/>		大便 1 糊状 2 稀 3 其他 <input type="checkbox"/>		大便次数	
体温		℃	心率	次/分钟	呼吸频率
面色 1 红润 2 黄染 3 其他 _____ <input type="checkbox"/>		黄疸部位 1 无 2 面部 3 躯干 4 四肢 5 手足 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>			
前囟 ____cm × ____cm 1 正常 2 膨隆 3 凹陷 4 其他 <input type="checkbox"/>					
眼 睛		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	四肢活动度 1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>		
耳外观		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	颈部包块 1 无 2 有 <input type="checkbox"/>		
鼻		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	皮肤 1 未见异常 2 湿疹 3 糜烂 4 其他 <input type="checkbox"/>		
口腔		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	肛门 1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>		
心肺听诊		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	胸部 1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>		
腹部触诊		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	脊柱 1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>		
外生殖器		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>			
脐带 1 未脱 2 脱落 3 脐部有渗出 4 其他 <input type="checkbox"/>					
转诊建议		1 无 2 有	原因: <input type="checkbox"/>		
机构及科室: <input type="checkbox"/>					
指导 1 喂养指导 2 发育指导 3 防病指导 4 预防伤害指导 5 口腔保健指导 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 6. 其他					
本次访视日期			年	月	日
下次随访日期			年	月	日
			下次随访地点		
			随访医生签名		

## 填表说明:

1. 姓名: 填写新生儿的姓名。如没有取名则填写母亲姓名+之男或之女。若不是以新生儿的身份纳入管理, 则填写该表至“出生情况”一栏后, 按照对应月龄填写其他的检查记录表。

2. 出生日期: 按照年(4位)、月(2位)、日(2位)顺序填写, 如20080101。

3. 身份证号: 填写新生儿身份证号, 若无, 可暂时空缺, 待户口登记后再补填。

4. 父亲、母亲情况: 分别填写新生儿父母的姓名、职业、联系电话、出生日期。

5. 出生孕周: 指新生儿出生时母亲怀孕周数。

6. 助产机构名称: 对于非住院分娩的情况写无。

7. 新生儿听力筛查: 询问是否做过新生儿听力筛查, 将询问结果相应地在“通过”、“未通过”、“未筛查”上划“√”。若不清楚在“不详”上划“√”。

8. 新生儿疾病筛查: 询问是否做过新生儿甲低、新生儿苯丙酮尿症及其他遗传代谢病的筛查, 筛查过的在相应疾病上面划“√”; 若进行了其他遗传代谢病检查, 将筛查的疾病名称填入。可多选。

9. 喂养方式: 将询问结果在相应方式上划“√”。

纯母乳喂养 指只给婴儿喂母乳, 而不给其他任何的液体和固体食物。但允许在有医学指征的情况下, 加喂药物、维生素和矿物质。

混合喂养 指婴儿喂母乳同时, 喂其他乳类及乳制品。

人工喂养 指无母乳, 完全给婴儿喂其他乳类和代乳品。

10. 吃奶量和吃奶次数: 纯母乳或混合喂养儿童不必填写吃奶量。

11. 黄疸部位: 可多选。

12. 查体

眼睛: 婴儿有目光接触, 眼球能随移动的物体移动, 结膜无充血、溢泪、溢脓时, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

耳外观: 当外耳无畸形、外耳道无异常分泌物, 无外耳湿疹, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

鼻: 当外观正常且双鼻孔通气良好时, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

口腔: 当无唇腭裂、高腭弓、诞生牙、口炎及其他口腔异常时, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

胸部: 当未闻及心脏杂音, 心率和肺部呼吸音无异常时, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

腹部: 肝脾触诊无异常时, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

四肢活动度: 上下肢活动良好且对称, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

颈部包块: 触摸颈部是否有包块, 根据触摸结果, 在“有”或“无”上划“√”。

皮肤: 当无色素异常, 无黄疸、发绀、苍白、皮疹、包块、硬肿、红肿等, 腋下、颈部、腹股沟部、臀部等皮肤皱褶处无潮红或糜烂时, 判断为“未见异常”, 可多选。

肛门: 当肛门完整无畸形时, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

外生殖器: 当男孩无阴囊水肿、鞘膜积液、隐睾, 女孩无阴唇粘连, 外阴颜色正常时, 判断为“未见异常”, 否则为“异常”。

13. 脐带: 可多选。

14 指导: 做了哪些指导请在对应的选项上划“√”, 可以多选, 未列出的其他指导请具体填写。

15. 下次随访日期: 根据儿童情况确定下次随访的日期, 并告知家长。