

10 か月児健康診査質問票（1/2枚目）※記入して健診時にご提出ください。

【市控用】

記載した日（ 年 月 日）

（ふりがな）		生年月日	
児の名前		電話番号	

1. あなたのお子さんについて次の質問にご記入ください。

◆いままでにかかった病気はありますか（なし・あり） izzoozoo（ ） 病名（ ）	
◆ひきつけを起こしたことはありますか（なし・あり…回） izzoozoo（ ）	
◆現在かかっている病気はありますか（なし・あり）病名（ ） いつから（ ）かかっている病院（ ）	
◆目に関して心配なことはありますか（いいえ・はい） ・目やにや、涙が多い（いいえ・はい） ・瞳が白く光って見えますか（いいえ・はい） ・目つきや目の動きがおかしい（いいえ・はい）	◆耳に関して心配なことはありますか（いいえ・はい） ・外のいろいろな音（車の音など）に関心を示す（はい・いいえ） ・ささやき声に振り向く（はい・いいえ） ・音楽や歌を聴くと手足を動かして喜ぶ（はい・いいえ） ・お母さんの声を聞くとまねて声を出す（はい・いいえ）
◆はいはいをする（はい・いいえ） izzoozoo（ か月頃から） （すりばい・4つばい・高ばい・その他）	◆お母さんに呼びかけるような声を出す（はい・いいえ）
◆お母さんの呼び声で寄ってくる（はい・いいえ）	◆名前を呼びと反応する（はい・いいえ）
◆ひとりでおすわりをする（はい・いいえ） izzoozoo（ か月頃から）	◆最近どのような声を出していますか。具体的に書いて下さい（ ）
◆つかまり立ちをする（はい・いいえ） izzoozoo（ か月頃から）	◆引き出しや箱の中のものを取り出す（はい・いいえ）
◆つたい歩きをする（はい・いいえ） izzoozoo（ か月頃から）	◆指先で小さな物（エイセイボーロや小鈴など）をつまむ（はい・いいえ）
◆指さして教えた方を見る（はい・いいえ）	◆パイパイやチョチチョチ（積木の打ち合わせ）などのひと真似をする（はい・いいえ）
◆兄弟や近所の子を見ると喜ぶ（はい・いいえ）	◆人見知りをする（はい・いいえ） izzoozoo（ か月頃から）

排泄について

◆便や尿のことで心配はありますか（はい・いいえ）

便 回/日 便の様子…（色や硬さなど）

尿 回/日 オムツ交換の回数 1日（ ）回

食事・栄養について

◆食欲はありますか（はい・いいえ） ◆コップを使っていますか（はい・いいえ）

◆自分でつかんで食べようとしますか（はい・いいえ）

◆じんましんや湿疹の出る食べ物がありますか（はい・いいえ）

→「はい」の場合は、食べ物の種類

◆離乳食（ ）回/日 ◆間食（ ）回/日 ・間食内容（ ）

◆授乳方法 母乳 1日（ ）回 ・ほぼ（ ）時間ごと ・1回に（ ）分程度

ミルク 1日（ ）回 ・1回量（ ）ml = 1日量（ ）ml

その他の飲み物：（ ）

◆歯について ◆乳歯は生えていますか（いいえ・はい）（ ）本

◆歯のお手入れをしていますか（いいえ・はい） どのようにしていますか（ ）

◆お子さんの成長で、うれしかったことや感動したことを記入ください。

2枚複写です。2枚目の裏面もご記入ください。

10 か月児健康診査質問票（2/2枚目）※記入して健診時にご提出ください。

【市控用】

◆お子さんのことで何か心配なこと・気になることがありますか（いいえ ・ はい）
「はい」の場合は、具体的に書いてください。

[]

生活リズムについて ◆お子さんの昨日の1日の生活の様子を記入してください

主な保育者（母・父・祖父母・保育園・その他）

時間	生活内容		飲食した物の内容	
	普通の起床時間 (:)	子どもの飲食内容	子どもと保育者の飲食したもの、料理名等を具体的に生活時間に沿って記入してください	
	普通の就寝時間 (:)		子の飲食内容	保育者の飲食内容
午前0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
午後0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

<記入例>

時間	子の飲食内容	保育者
午前0	すいみん	
1		
2		
3		
4		
5		
6	起床 着がえ	子と同じ
7	授乳 排便	+
8	お昼寝	牛乳
9		
10	離乳食 授乳	
11	遊び	子と同じ
午後0	お昼寝	+
1	うどん 半玉	きのこの
2	離乳食 授乳	ソテー
3	さんぽ	
4	遊び	
5		
6	離乳食 授乳	子と同じ
7	入浴	+
8	就寝	わかめの
9		酢の物
10	授乳	
11		

2. 保護者の方について次の質問にご記入ください。

- (1) 毎日の生活や育児の中で、感じることは何ですか？当てはまるもの全てに○をつけてください。
1. 毎日が楽しい 2. 負担は大きい育児は楽しい 3. 負担も疲労も大きい
4. よくイライラしている 5. 子どもをかわいいと思えない 6. 手がかかり育てにくい
7. 気分が落ち込んだり泣いたりすることが多い 8. 自分の自由な時間がなくなり苦痛
9. その他 ()
- (2) 育児で悩んだり迷ったりすることはありますか？当てはまるもの全てに○をつけてください。
1. 悩みはない 2. 悩んでも解決できる 3. 自信が持てずよく悩む 4. 育て方が分からない
5. 上の子に手がかかる 6. お金がかかる 7. 家族と意見が合わない
8. その他 ()
- (3) 悩んだ時、困った時に相談できる人や機関はありますか？当てはまるもの全てに○をつけてください。
1. パートナー 2. 義父母 3. 実父母 4. 友人 5. 病院 6. 市の保健師
7. その他 () 8. 誰もいない
- (4) 保護者の方自身について心配なことや困っていることはどんなことですか？自由に記載してください。
(健康的な不安、心の悩み、家事や育児が忙しい、経済的な不安、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護など)
- []
- (5) 職場や市の生活習慣病健診を受けていますか？
お父さん 1. 毎年受ける どこで() 2. 時々受ける 3. 受けていない
お母さん 1. 毎年受ける どこで() 2. 時々受ける 3. 受けていない
- (6) 喫煙について当てはまるもの1つに○をつけてください。
お父さん 1. 毎日吸う (本/日) 2. 時々吸う 3. 吸わない
お母さん 1. 毎日吸う (本/日) 2. 時々吸う 3. 吸わない