

4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） 児の名前	生年月日
	電話番号

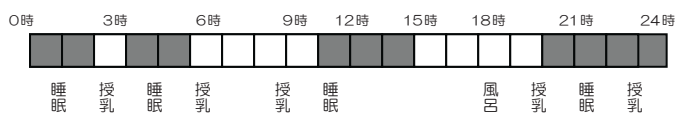
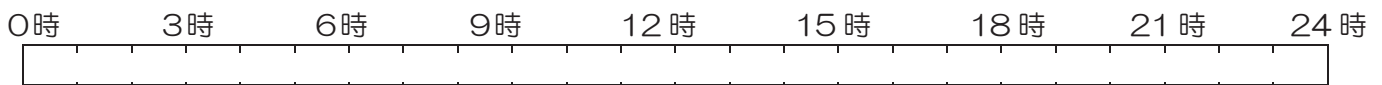
1. あなたのお子さんについて次の質問にご記入ください。

◆いままでにかかった病気はありますか（なし・あり）いつごろ（ ）
病名（ ）

◆ひきつけを起こしたことはありますか（なし・あり…回）いつごろ（ ）

◆現在かかっている病気はありますか（なし・あり）いつから（ ）
病名（ ）
かかっている病院（ ）

お子さんの一日の様子をご記入ください。



起床時間 時 分 / 就寝時間 時 分

◆夜に起きなくなりましたか（はい・いいえ）

◆睡眠のリズムはできていますか（はい・いいえ）

食事・栄養について 1か月まで（母乳・混合・ミルク） 2か月まで（母乳・混合・ミルク） 3か月まで（母乳・混合・ミルク）

◆授乳・離乳食について心配なことはありますか（いいえ・はい）

◆お乳をよく飲みますか（はい・いいえ）

◆お乳を飲みにくかったり、多量に吐いたりしますか（いいえ・はい） 食欲（あり・なし）

◆お乳が鼻からもれたりしますか（いいえ・はい）

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：（ ）

排泄について ◆便や尿のことで心配なことはありますか（いいえ・はい）

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

◆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）

・動くものや人を目で追う（はい・いいえ）

いつごろ（ ）か月頃から）

◆耳に関して心配なことはありますか（いいえ・はい）

・おもちゃ、テレビ、ドアの開く音に関心を示す（はい・いいえ）

・人の声、歌、音楽を喜ぶ（はい・いいえ）

・聞きなれた人の声に顔を向ける（はい・いいえ）

◆首がしっかりすわっている（はい・いいえ）

いつごろ（ ）か月頃から）

◆一方向ばかり向いている（いいえ・はい）

◆興味のあるほうへ仰向けから横向けに半分寝返りをする（はい・いいえ）

◆家でおもちゃをもたせている（はい・いいえ）

・少しの間持っていたり、口に入れる（はい・いいえ）

◆指しゃぶり・手しゃぶりをする（はい・いいえ）

（左・右・両方）

◆うつぶせさせたことがある（よくする・時々・やる機会がなかった）

そのときの様子（ ）

◆体が硬く抱きにくいことがある（いいえ・はい）

◆抱いていると弓なりに体がそることがある（いいえ・はい）

◆仰向けるとき胸の上で両手を合わせる（はい・いいえ）

◆お子さんの成長で、うれしかったことや感動したことなどをご記入ください。

4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。

()

2. 保護者の方について次の質問にご記入ください。

(1) お母さんの体調はいいですか。

1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

(2) 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. 負担は大きいが育児は楽しい 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 ()

(3) 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 ()

(4) 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

(5) 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)

()

(6) 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

(7) 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