

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。

記載した日（      年      月      日）

(ふりがな) 児の名称	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。

[illegible]

## 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。

- ◆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）お父さん、お母さんの体調はいいですか。

お父さん 1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない  
お母さん 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？ご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