

4か月児健康診査 問診票

ふじみ野市保健センター

生年月日 平成 年 月 日 (月と 日)
 記載日 平成 年 月 日
 電話番号 ()
 携帯電話 ()
 お子さまの発育・発達やご家族の健康に関する十分な支援のためには、必要時には関係機関に情報提供を行う場合があります。問診票記載内容や相談内容の情報提供について同意していただける方は、以下に署名の上、問診票への記入をお願いいたします。
 同意者氏名 () 続柄 ()
 記入者氏名 () 続柄 ()

◎ 以下の質問についてあてはまる項目の番号を回答欄に記入してください。
 また、あてはまる口にレ印を付け、その他、必要事項を()内に記載してください。

	質問	回答欄
(例)	あなたはふじみ野市のPR大使(ふじみん)を知っていますか。 1. はい 2. いいえ	1
お子さんの様子	① 首がすわっていますか 1. はい 2. いいえ 3. わからない 時期()か月頃から	
	② あやすと笑いますか 1. はい 2. いいえ	
	③ うつぶせで遊びますか 1. はい 2. いいえ	
	④ 動くものを目で追いますか 1. はい 2. いいえ	
	⑤ 見えない方向から声をかけるとそちらに顔をむけますか 1. はい 2. いいえ	
	⑥ 外気浴(散歩)をしていますか 1. はい 2. いいえ	
	⑦ 最近何か病気や事故、ケガなどがありましたか 1. いいえ 2. はい 内容()	
	⑧ ガラガラなどおもちゃを握ったりしますか 1. はい 2. いいえ 3. やったことがない	
	⑨ 機嫌はよいですか 1. 良い 2. 悪い 3. どちらでもない	
	⑩ 寝つきはよいですか 1. 良い 2. 悪い 3. どちらでもない	
	⑪ うんちの出はどうですか ()日に()回	
	⑫ 抱っこをした時に次のように感じることはありませんか 1. ない 2. つっぱる 3. そりかえる 4. しっかりしない	
	⑬ どちらか一方ばかり見ますか 1. いいえ 2. はい	
	⑭ 予防接種をはじめましたか 1. はい 2. いいえ (予約 : 済 ・未)	
	⑮ 気になること、相談したいことがあれば、お書きください	
栄養等	① 生後1か月時の栄養法はどれですか 1. 母乳 2. ミルク 3. 混合	
	② 現在の母乳やミルクの飲みはどうですか 1. 良い 2. 悪い	
	③ 現在の栄養法はどれですか 1. 母乳 2. ミルク 3. 混合 母乳 1回 ()分 × ()回 / 日 ミルク 1回 () ml × ()回 / 日	
	④ 夜間の授乳はしていますか ()回	
	⑤ 母乳、ミルク以外にあげているものがあれば、番号を全て記入してください 1. 湯冷まし 2. 麦茶 3. 野菜スープ 4. おもゆ 5. 果汁 6. その他() 与えている量 1回()さじ または ()ml × ()回	
	⑥ 離乳食は始めていますか 1. 未開始 2. 開始している(開始時期 月)	
家族について	① 育児は楽しいですか 1. はい 2. いいえ	
	② お母さん・お父さんの体調はいかがですか(複数回答可) 1. よい 2. よくない [<input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 不安になる <input type="checkbox"/> イライラしやすい <input type="checkbox"/> 何ともいえない気分 <input type="checkbox"/> その他()]	
	③ 子どものことで相談できる人はいますか 1. はい [<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()] 2. いいえ	
	④ 家族は育児に協力してくれますか 1. はい 2. いいえ 協力内容()	
	⑤ 今回の健診のお子さんに兄弟がいる場合、兄弟について心配事がありますか 1. ない 2. ある ()	
	⑥ 家庭の中で困っていることや悩んでいることはありますか 1. ない 2. ある [<input type="checkbox"/> 育児の協力が得られない <input type="checkbox"/> 育児方針が違う <input type="checkbox"/> 家族の病気 <input type="checkbox"/> 酒・薬の問題 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> ギャンブル問題 <input type="checkbox"/> 祖父母との付き合い方 <input type="checkbox"/> 無計画な借金 <input type="checkbox"/> その他()]	

裏面へ続く

問診

1日の平均的な過ごし方をご記入ください *主に保育されている方は 昼()夜()

月 日()

保育園()入園中・入園予定

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24時

ねんね・おふろ																							
授乳・離乳食																							
授乳時間・量																							
お散歩																							
おしっこ・うんち																							

お風呂は誰と入りますか
()

① 産後、退院してからの1ヶ月程度、助産師や保健師などからの指導・ケアは十分受けることができましたか

回答欄

1. はい 2. いいえ 3. どちらでもない

② 妊娠中、あなた(お母さん)は喫煙をしていましたか 1. なし 2. あり(本)

本

③ 現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか 1. なし 2. あり(本)

本

④ 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか 1. なし 2. あり(本)

本

⑤ 妊娠中、あなた(お母さん)は飲酒をしていましたか 1. なし 2. あり

⑥ この地域で、今後も子育てをしていきたいですか
1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない

⑦ お子さんのお父さんは、育児をしていますか
1. よくやっている 2. 時々やっている 3. ほとんどしない 4. 何ともいえない

⑧ お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか
1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない

⑨-1 あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか
1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない

↳ 「1. いつも感じる」、「2. 時々感じる」を選ばれた方のみ回答
⑨-2 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決方法を知っていますか
1. はい 2. いいえ

⑩ 生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか
1. はい 2. いいえ

⑪ この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべての番号を記載してください
1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した
4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. 子どもの口をふさいだ
7. 子どもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない

⑫ 赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか
1. はい 2. いいえ

⑬ お子さんのかかりつけの医師はいますか 1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない

⑭ 小児救急電話相談(#8000)を知っていますか 1. はい 2. いいえ

⑮-1 お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか
1. 働いていたことがある 2. 働いていない

↳ 「1. 働いていたことがある」を選ばれた方のみ回答
⑮-2 妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮されたと思いますか
1. はい 2. いいえ

⑯-1 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか
1. 知っていた 2. 知らなかった

↳ 「1. 知っていた」を選ばれた方のみ回答
⑯-2 マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか
1. 利用したことがある 2. 利用したことはない