

10か月健康相談 問診票

受診日

ふじみ野市

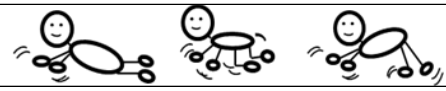
No.

フリガナ		生年月日	令和 年 月 日	第	健診同伴者	問診票記入者
児の氏名		記載日	令和 年 月 日	子	母・父・ 祖母・祖父・ その他()	氏名 続柄()
		月齢	歳 か月			

住所	ふじみ野市	連絡先(父・母・その他)	日中連絡のつきやすい時間帯
----	-------	--------------	---------------

同居家族	続柄	氏名	年齢	職業	健康状態	続柄	氏名	年齢	職業	健康状態	

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。
保護者署名 (続柄)

お子さまの様子	1 首はすわっていますか。	1. はい 時期:()か月頃から	2. いいえ
	2 寝返りはできますか	1. はい 時期:()か月頃から	2. いいえ
	3 支えなしでおすわりが出来ますか	1. はい 時期:()か月頃から	2. いいえ
	4 はいはいをしますか はいはいの形は 	1. はい 時期:()か月頃から	2. いいえ
	5 誰かの支えがなくてもつかまって立っていることができますか	1. はい 時期:()か月頃から	2. いいえ
	6 指で小さな物をつまみますか	1. はい	2. いいえ
	7 人見知りをしますか	1. はい	2. いいえ
	8 そっと近づいてささやき声で呼びかけるとふりむきますか	1. はい	2. いいえ
	9 機嫌良く一人遊びをしますか	1. はい	2. いいえ
	10 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)
	11 意味はないがパパパ、マママなどと言いますか	1. はい	2. いいえ
	12 ごあいさつや拍手などテレビや大人のマネをしますか	1. はい	2. いいえ
	13 大人とボールを転がして遊んだり、手遊びをしますか	1. はい	2. いいえ
	14 機嫌はおおむね良いですか	1. はい	2. いいえ
	15 寝つきはよいですか	1. 良い	2. 悪い
	16 うんちの出はどうですか ()日に()回 (<input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟)		
	17 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・歯の衛生	18 離乳食は順調にすすんでいますか	1. はい	2. いいえ	3. どちらでもない
	19 食欲はありますか	1. ある	2. ふつう	3. ない
	20 母乳、ミルクは1日にどのくらい飲みますか	母乳		回/日
		ミルク(離乳食後)	ml×	回/日
		ミルクのみ	ml×	回/日
	21 離乳食は何ヶ月から開始しましたか	か月		
	22 離乳食は現在、何回与えていますか	回		
23 ご飯の硬さはどの位ですか	1. 米飯	2. 軟飯	3. 5倍かゆ	4. 7倍かゆ
24 使っているたんぱく源の番号を全て記入してください	1. 魚	2. 大豆製品	3. 肉	
25 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	4. 卵黄または全卵	5. 乳製品		
	1. 湯冷まし/麦茶	2. 果汁	3. イオン飲料	
	4. ジュース類	5. その他()		

問診担当者

栄養・ 歯の 衛生	26 市の4か月児健診で行っている離乳食支援で、参考になった内容があれば、番号を全て記入してください 1. 離乳食の試食 2. 配布資料 3. 栄養士の講話 4. 離乳食の展示 5. その他 ()
	27 特に参考になった配布資料はありますか 1. ある [<input type="checkbox"/> 離乳食をはじめましょう! (A3白黒) <input type="checkbox"/> 離乳食のすすめ方(A3白黒)] [<input type="checkbox"/> なるほど! 離乳食(A4カラー)] 2. ない(覚えていない、本市で受けていない)
	28 歯の生え方や形、色など気になりますか 1. いいえ 2. はい
	29 現在、歯は何本生えていますか 計()本 上:()本 下:()本
家族に ついて	30 お母さん・お父さん(パートナー)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()]
	31 こ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
	32 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()
	33 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 ()
	34 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 ()]
生活 リズム	35 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・幼稚園()入園中・入園予定 起床時間()時 就寝時間()時 お風呂 (いつ:)時頃、(誰と)入る 0 6 12 18 24時
	ねんね
	授乳・離乳食
	授乳時間・量 離乳食の内容
	お散歩
	おしっこ・うんち