

4 カ月児健康診査質問票

お子さまのお名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生 _____ 月齢 _____ カ月 日

一般状態	生活リズム		昼 父母・祖父母・その他() 夜 父母・祖父母・その他()		機嫌 (良・否) 睡眠 (良・否) 睡眠のリズムができていますか (はい・いいえ) 夜に起きなくなりましたか (はい・いいえ)	
	主な保育者は誰ですか。 (家庭の生活時間も併せて哺乳時間で書いて下さい)		0 6 12 18 24			
	起床時間 時 分 就寝時間 時 分					
	食事・栄養		今までの栄養		(~1)母・混・人 (~2)母・混・人 (~3)母・混・人	
	お乳を良く飲みますか (はい・いいえ) 栄養方法 1. 母乳 回 2. 人工 cc 回 3. 混合 (母乳 回/ミルク cc 回) その他 果汁 回/スプーン 回		吐乳はありますか (いいえ・はい) お乳が鼻からもれたりしますか (いいえ・はい)			
排泄						
便 回 性状 (良・否) 尿 回 オムツ交換の回数 回						
今までにかかった病気		(無・有) 病名		ひきつけ (無・有 回)		
現在の病気		(無・有) 病名		いつごろ にかかっている病院名		
あなたのお子さんについて、次の質問のそれぞれにどちらかあてはまる方の答えに○をつけて下さい。						
◎目に関して何か心配なことはありますか。 (いいえ・はい)						
・目やにや、涙が多いですか。 (いいえ・はい)						
・瞳が白くみえますか。 (いいえ・はい)						
・目つきや、目の動きがおかしいですか。 (いいえ・はい)						
◎耳に関して何か心配なことはありますか。 (いいえ・はい)						
・玩具、テレビの音、楽器音、戸の開閉の音などに関心を示しますか。 (はい・いいえ)						
・怒った声や、優しい声、歌、音楽などにいやがったり、よろこんでいますか。 (はい・いいえ)						
・聞き馴れた人の声に顔を向けますか。 (はい・いいえ)						
◎動くものや人を目で追いますか。 (はい・いいえ)						
◎首がしっかりすわっていますか。 (はい・いいえ)						
◎いつも同じ方向をむいていますか。(むきぐせはありますか。) (右・左) (いいえ・はい)						
◎興味のある方へ仰向けから横向きに半分寝返りますか。 (はい・いいえ)						
◎うつぶせにさせたことはありますか。 (はい・いいえ)						
(具体的に1日の回数、時間、状況)						
1日 回、時間 状況						
◎体が硬かったり、抱きにくかったり、弓なりにそったりすることはありますか。 (いいえ・はい)						
◎左右の指しゃぶり、手しゃぶりはできますか。 (はい・いいえ)						
◎仰向けで中央で手をあわせていますか。 (はい・いいえ)						
◎家でおもちゃを持たせていますか。 (はい・いいえ)						
・少しの間持っていますか、口にいれようとしますか。 (はい・いいえ)						
◎あやすと笑いますか。 (はい・いいえ)						
◎特に気になることや、心配なことはありますか。 (いいえ・はい)						
具体的に書いて下さい。()						
お母さんお父さん自身について伺います。						
◎お母さんの体調はいいですか。 (はい・いいえ・どちらともいえない)						
◎毎日の生活や育児を楽しくやっていますか。 (はい・いいえ・どちらともいえない)						
◎授乳や離乳食について不安がありますか。 (はい・いいえ・どちらともいえない)						
◎育児の相談相手や協力者がいますか。 (はい・いいえ・どちらともいえない)						
◎お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください。 (健康的な不安、心に悩みをもっている、家事や仕事が忙しい、経済的な心配、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護)						

☆裏面にもご記入ください。

すこやか親子おたすね票（4か月児健診）

当てはまるものに○、または数値をご記入ください

1. 産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか
はい ・ いいえ

2. お子さんの生後1か月時の栄養法についておたすねします
母乳 ・ 人工乳 ・ 混合

3. 妊娠中、お母さんは飲酒をしていましたか
はい ・ いいえ

4. 妊娠中、お母さんは喫煙をしていましたか
・ 喫煙していた 1 日 本 ・ 喫煙していない

5. お母さんの現在の喫煙状況についておたすねします
・ 喫煙している 1 日 本 ・ 喫煙していない

6. お父さんの現在の喫煙状況についておたすねします
・ 喫煙している 1 日 本 ・ 喫煙していない

7. 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
はい ・ いいえ

8. 赤ちゃんが、どうしても泣きやまないとき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、脳障害がおこること（乳幼児揺さぶられ症候群）を知っていますか
はい ・ いいえ

9. 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
いつも感じる ・ 時々感じる ・ 感じない



10. 育てにくさを感じたときに、「相談先を知っている」など何らかの解決する方法を知っていますか
はい ・ いいえ

11. 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
はい ・ いいえ ・ 何ともいえない

12. お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は協力し合って家事・育児をしていますか
そう思う ・ どちらかといえばそう思う ・ どちらかといえばそう思わない ・ そう思わない

13. この地域で今後も子育てをしていきたいですか
そう思う ・ どちらかといえばそう思う ・ どちらかといえばそう思わない ・ そう思わない

14. この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。当てはまるものすべてに○をつけてください
しつけのし過ぎがあった ・ 感情的に叩いた ・ 子どもだけを家に残して外出した ・ 長時間食事を与えなかった
感情的な言葉でどなった ・ 子どもの口をふさいだ ・ 子どもを激しく揺さぶった ・ いずれもなかった

15. 小児救急電話相談（#8000）を知っていますか。
はい ・ いいえ

16. お子さんのかかりつけ医師はいますか。
はい ・ いいえ ・ 何ともいえない

17. 妊娠中、お母さんは働いておられましたか。
働いていたことがある ・ 働いていない

➡「ある」と答えたかたのみ
妊娠中、お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。 はい ・ いいえ

18. 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。
知っていた ・ 知らなかった

➡「知っていた」と答えたかたのみ
妊娠中、マタニティマークを身に着けたりするなどして利用したことがありますか。 はい ・ いいえ

