

整形外科健診質問票

記載 年 月 日

お子さんのお名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 月齢 _____ か月 _____ 日

[illegible]

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んでいますか。 (はい・いいえ・どちらともいえない)
- ◎ 授乳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)
- ◎ 育てにくさを感じますか。 (はい・いいえ・どちらともいえない)
- ◎ 喫煙について教えてください。
- ・ お母さんの喫煙 なし ・ あり (本/日) ⇒ 妊娠後、やめた・やめたいが難しい
- ・ 同居家族の喫煙 なし ・ あり (誰) 本/日 ⇒ 同室内の喫煙 あり ・ なし
- (誰) 本/日 ⇒ 同室内の喫煙 あり ・ なし
- (誰) 本/日 ⇒ 同室内の喫煙 あり ・ なし
- ◎ 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、心に悩みを持っている、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、その他()

