

4か月児健診 アンケート

事前に記入して、健診にご持参ください。

住所 阿賀野市	連絡先 電話番号		
保護者の氏名	(アンケート記入者)		
ふりがな	性別	男・女	
子どもの氏名	生年月日	平成	年 月 日
質問項目	回答欄		
(該当するものに○又は回答を記入してください。)			
1 妊娠中・出産時、なにか異常はありましたか。	なし	あり	/
「あり」の場合→どのような異常でしたか。	()		
2 毎日子守りをしている人は、どなたですか。	おかあさん	おばあさん(歳)	
	その他()		
3 お子さんのことについて、お聞きします。			
(1) 今まで具合が悪くてお医者さんにかかったことがありますか。	いいえ	はい	/
「はい」の場合→お医者さんにかかった主な理由	()		
(2) 首はすわっていますか。	はい	いいえ	/
「はい」の場合→いつごろでしたか。	()か月		
(3) うつぶせにしたときに顔を持ちあげますか。	はい	いいえ	/
(4) あやすとよく笑いますか。	はい	いいえ	/
(5) 人の顔をじっとみたり、動くものを目で追ったりしますか。	はい	いいえ	/
(6) おもちゃを手に持たせるとつかんでいますか。	はい	いいえ	/
(7) アーウーなどの声を出しますか。	はい	いいえ	/
(8) 見えない方向から声をかけるとそちらへ顔を向けますか。	はい	いいえ	/
(9) おとなしく、あまり手がかからない子どもですか。	いいえ	はい	/
(10) 泣いたらすぐ抱っこしますか。	はい	いいえ	/
(11) 指しゃぶりをしますか。	はい	いいえ	/
4 お子さんの栄養のことについて、お聞きします。			
(1) 現在の栄養方法はなんですか。	母乳のみ	混合(母乳 と人工)	人工(ミルク) のみ
それぞれの回数と量はどのくらいですか。	母乳 1日 回		
	人工 1日 回 1回量 cc		

裏面につづく

(2) 今までの栄養方法は何でしたか。			
※ ・生後0～2か月	母乳のみ	混合	人工(ミルク)のみ
※ ・生後2～4か月	母乳のみ	混合	人工(ミルク)のみ
(3) 現在、ミルク以外のものを与えていますか。	はい	いいえ	
どんなものを与えていますか。 (与えているものすべて回答してください。)	お茶、 湯冷まし	スープ、み そ汁	果汁
	イオン飲料	その他()	
① 果汁を与えている場合	()か月から		
	生の果汁	1日	cc
	ベビーフード	1日	cc
② イオン飲料を与えている場合	()か月から	1日	cc
(4) 離乳食はいつから始める予定ですか。もしくは始めていますか。	()か月ころから		
5 お子さんの生活リズムについて、お聞きします。			
(1) 便は1日何回ですか。	毎日	回	毎日しない 日に1回
(2) 寝る時間は何時ですか。	時		
(3) 起きる時間は何時ですか。	時		
6 ご両親のことについて、お聞かせください。			
(1) お父さん、お母さん(子育てしている保護者)の体調はよいですか？	父:よい	悪い()	
	母:よい	悪い()	
お子さんと一緒に生活はいかがですか？			
(2) ①楽しい ②大変だが育児は楽しい ③疲れる ④よくイライラしている ⑤気分が落ち込む ⑥子どもをかわいと思えない ⑦その他()			
育児について相談したり、協力してくれる人はいますか？			
(3) ①配偶者 ②親・姉や妹(きょうだい) ③友人 ④親戚 ⑤その他() ⑥誰もいない			
(4) お子さんが日中過ごす部屋でテレビをどのくらいつけていますか？	1日	時間くらい	
(5) 阿賀野市内に子ども達を遊ばせる場所が十分にあると思いますか。	はい	いいえ	
7 何か心配なこと、相談したいことがありましたらお書きください。			
[]			