

10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 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時期と病名	(生後 か月頃 病名)		
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 ねがえりをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
4 ささえなしでしっかりおすわりができますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
5 ハイハイをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
6 つかまり立ちをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
7 おもちゃなどさし出すと、手をのばしてとりますか。	はい	いいえ	/
8 指で小さいものをつまむことができますか。	はい	いいえ	/
9 パチパチ・バイバイなど何かマネをしますか。	はい	いいえ	/
10 人見知りをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
11 母親の後追いをしますか。いつごろからですか。	はい	(か月)	いいえ
12 家の人と視線が合いますか。	はい	いいえ	/
13 あやすと喜びますか。	はい	いいえ	/
14 うしろから呼びかけたら、そちらの方をみますか。	はい	いいえ	/
15 母親の顔がわかりますか。	はい	いいえ	/
16 おとなしすぎて、手がかからないということはありますか	いいえ	はい	/

裏面につづく

17 離乳食開始はいつごろでしたか。何回与えていますか。	(か月)	1日	回	
18 手づかみ食べはしますか。	はい	いいえ		
19 コップで飲む練習をしていますか。	はい	いいえ		
20 母乳やミルクはどのくらい与えていますか。	<u>母乳</u> 1日 ___ 回 <u>ミルク</u> 1日 ___ 回 1回量 ___ cc			
21 母乳、ミルク以外の水分は与えていますか。	お茶	湯冷まし	果汁	
	イオン飲料	その他()		
どのくらい与えていますか。	1日	回	1回量	cc
何で与えていますか。(ミルク以外の水分で)	コップ	哺乳瓶	その他	
22 歯ははえましたか。何本はえましたか。	はい	上の歯 ___ 本 下の歯 ___ 本	いいえ	
23 仕上げ磨きをしていますか	はい	いいえ		
24 起きる時間は何時ですか。	時			
25 寝る時間は何時ですか。	時			
26 だれと寝ていますか。	お母さん	お父さん	おばあさん	
	その他()			
27 便は1日何回出ますか。	毎日	回	毎日しない(___日に1回)	
28 お子さんが日中過ごす部屋で、テレビをどの位つけていますか。	1日	時間		
29 ご両親のことについてお聞きします。				
(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) 一日の中でお子さんとゆったりふれあう時間はありますか？	はい	いいえ		
(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		
30 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。				
[]				