

3～4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。

| | | | | | |
|--|--|-------------|-------|---------------------|---|
| ふりがな | | 生年月日 | | アンケート記入者 | |
| 子ども氏名 | | (男・女) 年 月 日 | | 母 父 その他() | |
| 保護者の氏名： | | 連絡のとれる電話番号： | | 【シエノグラム】 (健診で確認) | |
| 家族構成 (同居する家族にすべて○をつけてください) 父 母 兄(弟) 姉(妹) 祖父 祖母 曾祖父 曾祖母 その他() | | | | | |
| 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。 ※育児を手伝ってくれる近親者()・なし | | | 母 | 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 | / |

母子手帳での
聞こえ確認
(健診で実施)

裏面につづく

| | | | |
|---|---|------------------|-----------|
| 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 | 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 | | |
| (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() | |
| | ()か月から | | |
| ① 果汁を与えている場合 | 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) 起きる時間は何時ですか。 | 時 | / | |
| (3) 寝る時間は何時ですか。 | 時 | / | |
| 生活リズムを書いてください | 午前6時 | 正午 | 午後9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子どもをかわいいと思えない ⑦その他() | | | |
| (3) 育児について相談したり、協力してくれる人はいますか？ 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。 | | | |