10か月児健診 アンケート

※事前に記入して健診時受付に提出ください。

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		父 母 その他()	
保護者氏名		連絡のとれる電話番号		【シエプログラム】 (健診で確認)	
家族構成 (同居する家族に○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()					
1	今までにかかった大きな病気や治療中の病気はありますか。	あり	なし	/	
	「あり」の場合、具体的にお書きください ⇒	()			
2	日中お子さんは誰が見ていますか。	()			
	入園している場合は園名をお書きください ⇒	()			
3	お子さんは寝返りをしますか。 ※できるようになった月齢を()に記入してください	はい	() か月	いいえ	
4	支えなしでお座りができますか。	はい	() か月	いいえ	
5	ハイハイをしますか。	はい	() か月	いいえ	
6	つかまり立ちをしますか。	はい	() か月	いいえ	
7	おもちゃなどを差し出すと手をのばしますか。	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	動作を見てまねることができますか。	はい	いいえ	/	
10	人見知りをしますか。	はい	() か月		
11	父や母がいなくなると後を追いかけますか。	はい	() か月	いいえ	
12	視線が合いますか。	はい	いいえ	母子手帳での聞きこえの確認 (健診で実施)	
13	親の向いたほうや指差したほうを見ますか。	はい	いいえ		
14	歩行器や育児サークルを使っていますか。	はい	1日 () 時間	いいえ	
15	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	
16	保護者の方の体調はどうか。	父：良い	悪い ()		
		母：良い	悪い ()		
17	保護者自身のことで相談したいことはありますか。	あり()	なし		
18	育児について協力してくれる人はいますか。	はい	いいえ	/	
	「はい」の場合、主な協力者をお書きください ⇒	()			
19	育児をしていて楽しいと感じる時はどんな時ですか。	()			
20	育児をしていてイライラしたり、つらいと感じることはありますか。	あり	時々	なし	

※裏面もあります

21	母乳やミルクはどのくらい飲みますか。	母乳 1日 回 ・ 母乳なし ミルク 1日 回 ↓ 内訳 食後 回 1回量 ml その他 回 1回量 ml (寝る前・夜中)
22	果汁飲料などあげているものがあれば回答ください。	果汁 1日 回 1回量 ml イオン飲料 1日 回 1回量 ml その他 () 1日 回 1回量 ml
23	コップで飲む練習をしていますか。	はい いいえ
24	ミルク以外の水分は何で飲みますか。	コップ 哺乳瓶 その他 ()
25	離乳食の開始はいつでしたか。現在何回食ですか。	() か月 1日 回
26	離乳食の形状を教えてください。	ペースト状 豆腐位の固さ バナナ位の固さ
27	普段食べている離乳食の内容をお書きください。 ⇒	()
28	食物アレルギーはありますか。	あり() なし
29	便は1日何回ですか。	毎日 回 毎日しない 日1回
30	手づかみ食べはしますか。	はい いいえ
31	起きる時間・寝る時間は何時ですか。	起床 時, 就寝 時
32	生活リズムを書いてください。 午前6時 正午 午後9時	
33	歯ははえましたか。	上の歯 本, 下の歯 本
34	仕上げ磨きの習慣はありますか。	あり 時々 なし
35	夜、仕上げ磨きの後に、食べたり飲んだりする習慣はありますか。 (お茶・水は除く)	あり 時々 なし
36	おしゃぶりは使いますか。使う場合はどんな時ですか。	はい () いいえ
37	今日の健診時のフッ素塗布は希望しますか。	はい いいえ
38	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。	

※ 保護者の方へ
 阿賀野市では、妊娠期から子育て期にわたり、相談支援を実施しています。
 お子さんの健やかな成長・発達を支援するために、健診結果等について、保育所等の関係機関と連絡をとりあう場合があります。
 このことについて、(同意します ・ 同意しません) 保護者自署 _____