

4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		【ジェノグラム】 (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	妊娠中・出産時に何か異常はありましたか。	あり	なし		
	「あり」の場合、どのような異常でしたか ⇒	()			
2	今まで具合が悪くてお医者さんにかかったことはありますか。	あり	なし		
	「あり」の場合、お医者さんにかかった主な理由 ⇒	()			
3	湿疹はありますか。治療はしていますか。	あり	治療 有・無	なし	
4	日中お子さんは誰が見ていますか。	()			
5	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 ⇒	()			
6	あなたの日常の育児の相談相手はどなたですか。(あてはまるものにすべて○をつけてください) ①夫婦で相談 ②祖母または祖父 ③近所の人 ④友人 ⑤かかりつけの医師 ⑥保健師や助産師 ⑦園の先生 ⑧電話相談 ⑨インターネット ⑩その他 ()				
7	お子さんの首はすわっていますか。	はい	いいえ		
	「はい」の場合、いつ頃でしたか ⇒	() か月			
8	うつぶせにした時に顔を持ち上げますか。	はい	いいえ		
9	あやすと笑いますか。	はい	いいえ		
10	人の顔をじっと見たり、動くものを目で追ったりしますか。	はい	いいえ		
11	ガラガラなど、おもちゃを握りますか。	はい	いいえ		
12	アーウーなどの声を出しますか。	はい	いいえ	母子手帳での聞きこえの確認(健診で実施)	
13	見えない方向から声をかけると、そちらの方を見ようとしますか。	はい	いいえ		
14	おとなしく、あまり手がかからない子どもですか。	はい	いいえ		
15	泣いたらすぐ抱っこしますか。	はい	いいえ		
16	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	ミルクのみ	
	生後2～4か月 ⇒	母乳のみ	混合	ミルクのみ	

※裏面もあります

17	現在の栄養方法は何ですか。	母乳のみ 混合 ミルクのみ		
	それぞれの回数と量はどれくらいですか。	母乳 1日 回 ミルク 1日 回 1回量 ml		
18	お茶や湯冷ましは飲みますか。	はい	いいえ	
19	お茶以外で与えているものはありますか。 (与えているものすべて回答してください)	果汁	1日 ml	頻度
		イオン飲料	1日 ml	頻度
		その他 ()	1日 ml	頻度
20	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。	() か月頃から		
21	便は1日何回ですか。	毎日 回	毎日しない	日1回
22	起きる時間・寝る時間は何時ですか。	起床	時, 就寝	時
23	生活リズムを書いてください。 午前6時 正午 午後9時			
24	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	
25	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 _____