

受診年月日 _____

返却サイン _____

**太枠内を記入し、健診当日にお持ちください。
裏面もあります。**

1. 現在一緒に生活している方を記入してください。

氏名	続柄	生年月日(歳)	職業	氏名	続柄	生年月日(歳)	職業
	父	・ ・ ()				・ ・ ()	
	母	・ ・ ()				・ ・ ()	
	本人	・ ・ ()				・ ・ ()	
		・ ・ ()				・ ・ ()	

2. 家庭での主な保育者はどなたですか。
母親 父親 祖父母 その他 ()

3. 保育園等に通っていますか。
保育園・託児所 (施設名)

4. 現在治療中の病気や、入院を伴うような病気やけがをしたことがありますか。 なし あり ()
今までの健診で何か指摘されたことがありますか。 なし あり ()

5. 相談したいことがありましたらお書きください。

2指把握 (右 + 土 - ・ 左 + 土 - ・ 入眠中) 健診同伴者 () 問診者 ()
分娩時の特記事項 無 ・ 有 (帝王切開術 ・) 出生時の状況 (g 週) 聴覚
聴覚スクリーニング (パス₁・リファ₂・未₃・不明₄) CMV検査 (陰₁・陽₂・未₃)

計測	体重 (kg)	身長 (cm)	胸囲 (cm)	頭囲 (cm)	カウプ指数
診察	全身状態 (良 ・ 否) アイコンタクト (+ 土 -) フォロー フォローの実施 (終了 ₁ 継続 ₂ 指導 ₃) Dr _____				
歯科	歯の汚れ (きれい 普通 汚れている) EDCBA ABCDE EDCBA ABCDE 歯の本数 本 担当				
個別相談	事後 次回 _____ 担当 _____		事後 次回 _____ 担当 _____		事後 終了 ₁ ・継続 ₂
診察所見	判定区分		対応方法		フォローの内容
					対応事業
					紹介状区分
					県報告

ふりがな	男	生年月日
子の氏名	女	令和 年 月 日
電話	自宅： なし・048()	携帯(母・父)： ()

☆下記の項目について、該当するものに○印をつけてください。

- | | | | |
|---|---|------------------|------------------------|
| 1. おなかをつけないでハイハイをしますか。 | はい ₁ (月 月 月 月 月 月 月 月 月 月) | いいえ ₂ | |
| 2. 人やものにつかまってひとりで立ち上がりますか。 | はい ₁ (月 月 月 月 月 月 月 月 月 月) | いいえ ₂ | |
| 3. つたい歩きができますか。 | はい ₁ (月 月 月 月 月 月 月 月 月 月) | いいえ ₂ | |
| 4. あなたのすることをまねしますか。(バイバイ・コンニチハ・手を叩くなど) | はい | いいえ | |
| 5. 見えないところからの呼びかけや音に反応しますか。 | はい ₁ | いいえ ₂ | わからない ₀ |
| 6. 「まんまん…」 「ダダダ…」 というように、同じ音を繰り返すようなおしゃべりをしますか。 | はい ₁ | いいえ ₂ | わからない ₀ |
| 7. 育児に疲労感や負担感はありますか。 | なし | あり | どちらともいえない |
| 8. 育児を相談する相手はいますか。 | いる ₁ | いない ₂ | どちらともいえない ₃ |

四
立
歩
音
喃
相

☆質問に答えながら表にお子さんの生活の様子を記入し、生活リズムを確認してみましょう。

1. 起床・食事・就寝 お子さんが口にしたものなどを右下の表に書き出してみましょう。

例) 7時半 起床 { 軟飯(こども茶碗1/2杯)
8時 朝食 { みそ汁(じゃがいも・キャベツ)1杯
スクランブルエッグ(卵1個、牛乳少々)
ミニトマト1個

2. 食事は1日何回ですか。 _____ 回
3. 1日にどのくらい飲みますか。
母乳 飲まない 飲む _____ 回
ミルク 飲まない 飲む _____ 回 _____ ml/日
牛乳 飲まない 飲む _____ 回 _____ ml/日
4. 甘味飲料(乳酸菌飲料、ジュース、イオン飲料など)をどのくらい飲みますか。
・飲まない₀
・時々飲む(週に1~3日)₁
・1週間に4日以上₂ → _____ ml/日
5. 飲み物は、どのような器具を使って飲みますか。
()
6. 歯みがきをしますか。
毎日する 時々する しない
{ いつみがきますか ()
{ だれがみがきますか (本人と保護者 保護者のみ 本人のみ)
7. ご両親は現在喫煙をしていますか。
父： なし₁ あり₂ 1日 本
母： なし₁ あり₂ 1日 本
8. ご両親は朝食をどの程度食べていますか。
父： 毎日食べる₁ 週に数日食べている₂ ほとんど食べない₃
母： 毎日食べる₁ 週に数日食べている₂ ほとんど食べない₃

時間	生活内容	お子さんが飲食したもの
0時		
1時		
2時		
3時		
4時		
5時		
6時		
7時		
8時		
9時		
10時		
11時		
12時		
13時		
14時		
15時		
16時		
17時		
18時		
19時		
20時		
21時		
22時		
23時		

食事回数
母乳回数
粉ミルク回数
牛乳回数
甘飲習慣
喫煙
父 -
母 -
朝食
父
母
起床時間
就寝時間

受診年月日

太枠内を記入し、健診当日にお持ちください。

子の氏名

生年月日 令和 年 月 日

☆主にお子さんのお世話をなさっている方が記入してください。

☆下記の項目について、該当する選択肢の番号を右の欄にご記入ください。

<p>1. お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。</p> <p>1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない</p>	1
<p>2. あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない</p>	2
<p>3-①. あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。</p> <p>1. 感じない <u>2. 時々感じる</u> <u>3. いつも感じる</u></p>	3-①
<p>3-②. (①で「2. 時々感じる」「3. いつも感じる」と回答した人) 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p>	3-②
<p>4. この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。 あてはまるものすべてご記入ください。</p> <p>1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した 4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. こどもの口をふさいだ 7. こどもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない</p>	4
<p>5. お子さんのまわりには、いつも危険があふれています。 事故防止のために日常生活の再点検をしてみましょう。</p> <p>5-①. 階段等からの転落予防を心がけていますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p> <p>5-②. 浴槽の水をためたままにしないで抜いていますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p> <p>5-③. お子さんを1人だけで、車の中に残さないようにしていますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p> <p>5-④. ボタン電池やコイン、たばこは、お子さんの手の届かないところに置いていますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p>	5-① 5-② 5-③ 5-④