

受診年月日 _____

**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. 日中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、その他相談したいことがありましたらお書きください。
既往歴 ()

【初回聴覚スクリーニング】
 方法 ABR1・OAE2・不明3
 結果 左：パス1・リファア2・未3・不明4
 右：パス1・リファア2・未3・不明4
 医療機関名 ()

【再検査】
 方法 ABR1・OAE2・不明3
 結果 左：パス1・リファア2・未3・不明4
 右：パス1・リファア2・未3・不明4

分娩時の特記事項 無・有 (帝王切開術・) 妊娠中の特記事項 無・有 (血圧・尿蛋白・尿糖・)
 胎位 (頭位・骨盤位・その他) 股関節家族歴 無・有 () 健診同伴者 () 問診者 ()

		生後 () 日		出生時の状況 (g・週)		1日増加量 () g	
計測	体重 (g)	身長 (cm)	胸囲 (cm)	頭囲 (cm)	カウプ指数		
診察	全身状態 (良・否)			再診	頸定 (異常なし・あり)		頸定
	頸定	+1 ±2 -3			腹位 (異常なし・あり)		フォロー
	腹位	+ ± -		体重増加 (異常なし・あり)			
	アイコン	+ ± -		その他 (異常なし・あり)			
	開排制限	右 - + 左 - +		Dr _____			
		フォローの実施 (終了1 継続2 指導3)		Dr _____			
個別相談					事後の結果		
	担当 _____ 次回 _____					終了1・継続2 担当 _____	
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)： ()

1. 起床・授乳・睡眠・外遊び・入浴・就寝などを右の表に記入してみましょう。

2. 生後1か月時の栄養法はどうですか。あてはまるものに○をつけてください。

() 母乳¹ () 人工乳² () 混合³

3. 現在の授乳状況についてあてはまるものに○をつけ、質問にお答えください。

() 母乳の方¹ ⇒ 1日の授乳回数 _____ 回

() 人工乳の方² ⇒ 1日の授乳回数 _____ 回
1回のミルク量 _____ ml
1日のミルクの合計量 _____ ml

() 混合の方³ ⇒ 1日の授乳回数 _____ 回
1日のミルクの合計量 _____ ml

4. 音に対して反応はありますか。例えば見えない方から声をかけたり、ガラガラなどを鳴らすと顔を向けますか。
はい¹ いいえ² わからない³

●お母さんについておたずねします。

5. 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

6. 育児について相談する人や、協力してくれる人はいますか。
いる¹ いない² どちらともいえない³

●お父さんお母さんについておたずねします。

7. 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。 なし¹ あり² 1日 _____ 本

8. 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。 なし¹ あり² 1日 _____ 本

9. ご両親は朝食をどの程度食べていますか。

父 (歳) : 毎日食べている¹ ・ 週に数日食べている² ・ ほとんど食べない³
母 (歳) : 毎日食べている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
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	

1か月

4か月

きこえ

相談者

喫煙
父 -
母 -

朝食
父 -
母 -

☆こちらには記入しないでください。



あやし (+ 土 -) 追視 (+ 土 -) 把握 右 (+ 土 -) ・ 入眠中
左 (+ 土 -)

太枠内を記入し、健診当日にお持ちください。

受診年月日

健診質問票②は「健やか親子21」という厚生労働省が策定した国民運動計画を推進するために、平成27年4月から全国共通で実施されることになった質問項目です。回答へのご協力をお願いします。

☆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。

1. 産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。 1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない	1
2. 妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。 1. なし 2. あり(1日 本)	2 本/日
3. 妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。 1. なし 2. あり	3
4-①. 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。 1. 知っていた 2. 知らなかった	4-①
4-②.  (①で、「1. 知っていた」と回答した人) マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか。 1. 利用したことがある 2. 利用したことはない	4-②
5. この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。 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	5
6. お子さんのお父さんは、育児をしていますか。 1. よくやっている 2. 時々やっている 3. ほとんどしない 4. 何ともいえない	6
7. お子さんのお母さんはゆったりとした気分でお子さんとお過ごせる時間がありますか。 1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない	7
8-①. 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。 1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない	8-①
8-②.  (①で、「1. いつも感じる」もしくは「2. 時々感じる」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。 1. はい 2. いいえ	8-②
9. 生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか。 1. はい 2. いいえ	9
10. 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に○を付けて下さい。 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. 子どもの口をふさいだ 7. 子どもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない	10
11. 赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか。 1. はい 2. いいえ	11
12. お子さんのかかりつけの医師はいますか。 1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない	12
13. 子ども医療電話相談(#8000)を知っていますか。 1. はい 2. いいえ	13
14-①. お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。 1. 働いていたことがある 2. 働いていない	14-①
14-②.  (①で、「1. 働いていたことがある」と回答した人) 妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思いますか。 1. はい 2. いいえ	14-②

※裏面の記入もお願いいたします。