

4か月児健康診査アンケート

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	平成 年 月 日
精神・ 身体面	1. あやすとよく笑いますか			はい ・ いいえ
	2. 「あーあー」「うーうー」など泣き声以外の声を出しますか			はい ・ いいえ
	3. 首はすわりましたか			はい ・ いいえ
	4. 腹ばいにしていますか			はい ・ いいえ
	5. 腹ばいにすると、腕で体を支え頭を持ち上げますか			はい ・ いいえ
	6. 手やおもちゃを口にもっていき、なめたりしますか			はい ・ いいえ
	7. オモチャをふったり、ながめたりして遊びますか			はい ・ いいえ
	8. 抱っこしていると服のすそなど、偶然触れたものをつかみますか			はい ・ いいえ
	9. 動くものを目で追いますか			はい ・ いいえ
	10. 目つきや目の動きがおかしいのではないかと思いますか			いいえ ・ はい
	11. 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
	12. あお向きから横向きに半分寝返りをしますか			はい ・ いいえ
	13. 体がやわらかく、しっかりしないと感じますか			いいえ ・ はい
	14. 背中がそりかえってかたい、 手足がつっぱってかたいと感じますか			いいえ ・ はい
	15. お風呂に入れた時、お乳を飲む時、泣いた時に くちびるが紫色になることがありますか			いいえ ・ はい
育 児 環 境	16. 赤ちゃんを抱いて授乳しますか			はい ・ いいえ
	17. 赤ちゃんによく話しかけていますか			はい ・ いいえ
	18. 育児は楽しいですか	はい ・ どちらともいえない ・ いいえ		
	19. 夫（妻）は育児の相談にのったり、協力参加してくれますか			はい ・ いいえ
	20. 現在子育てに協力してくれる人がいますか（あなたからの続柄）	はい ・ いいえ		
	誰： 夫（妻） 父母 兄弟姉妹 友人 その他（ ）			
	21. 現在保育園（所）に通っていますか	いいえ ・ はい（ ）		保育園
	22. 育児の心配や悩みがありますか	はい ・ いいえ		
	内容： 疲れる イライラする 夜眠れない 兄弟間のこと 経済的なこと 話相手や相談相手がいない 協力者がいない どう接していいかわからない 祖父母との関係 その他（ ）			
	23. 栄養指導（離乳食や授乳等）を希望しますか			はい ・ いいえ
24. 赤ちゃんの歯のお手入れの仕方を知っていますか			はい ・ いいえ	
25. 予防接種 BCG（生後6ヶ月未満まで）は接種しましたか			はい ・ いいえ	
26. 心配なこと、相談したいことがあれば、お書き下さい				
<div style="font-size: 4em; font-weight: bold;">[]</div>				
健康 状態	1. お乳の飲み	よい	わるい	むらがある
	2. 睡眠	よい	ふつう	わるい
	3. 便通	よい	便秘	下痢
回数 日 回				
現 在 の 栄 養	1. 母乳のみ	1日	回	
	2. ミルクのみ	1日	ml x	回
	3. 混合 母乳		回	
ミルク ml x 回				
病 歴	1. 今までに手術や入院をした病気・事故がありますか			いいえ ・ はい
	2. ひきつけを起こしたことがありますか			いいえ ・ はい
	3. 現在治療中の病気がありますか			いいえ ・ はい
病名（ ） 病院名（ ）				
問診（ ）				