10カ月児健康診査質問票

お子さんのお名前（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　年　月　日　月齢　カ月　日

一般状態

生活のリズム

主な保育者は誰ですか。

昼	父母・祖父母・その他（　　）
夜	父母・祖父母・その他（　　）

睡眠のリズムができていますか。（はい・いいえ）

夜に起きなくなりましたか。（はい・いいえ）

家庭の生活時間（授乳・睡眠時間など）を具体的に書いてください。

0　3　6　9　12　15　18　21　24

食事・栄養

食欲（有・無）

離乳食　回
- ・主食の形態（全粥・軟飯・ご飯）
- ・食べているものに○をしてください（野菜・魚・肉・卵・大豆製品）

間食　回　内容（　　）

母乳　回

ミルク　cc×　回　コップを使っていますか。（はい・いいえ）

母乳・ミルク以外の飲み物をあげていますか。（お茶・ジュース・その他）

ベビーフードの利用　有・無　自分でつかんで食べようとしますか。（はい・いいえ）

内容（　　）　じんましんや、湿疹の出る食べ物はありますか。

（有・無）（　　）

排泄

便　回　性状（良・否）

オムツ交換の回数　回

今までにかかった病気	（無・有）病名　いつごろ　ひきつけ（無・有　回）→熱（有・無）
現在の病気	（無・有）病名　いつから　かかっている病院名

あなたのお子さんについて、次の質問のそれぞれにどちらかあてはまる方の答えに○をつけてください。

○目に関して心配なことはありますか。 (いいえ・はい)
・瞳が白く見えますか。 (いいえ・はい)
・目つきや目の動きがおかしいですか。 (いいえ・はい)
・目やにや、涙は多いですか。 (いいえ・はい)
・異常なほど光を嫌がったりしますか。 (いいえ・はい)

○耳に関して何か心配なことはありますか。 (いいえ・はい)
・外のいろんな音に（車の音など）見回したりなどの関心を示しますか。 (はい・いいえ)
・「オイデ」「バイバイ」などの言葉に応じて行動しますか。 (はい・いいえ)
・ささやき声に振り向きますか。 (はい・いいえ)
・隣の部屋で音をたてたり、遠くから呼ぶとはってきたりしますか。 (はい・いいえ)
・音楽や、歌を歌ってやると手足を動かして喜びますか。 (はい・いいえ)
・お母さんの声を聞くとまねて声を出しますか。 (はい・いいえ)

○はいはいをしますか。
・どんなはいかたをしていますか○をつけてください。 (ずりばい・四つばい・高ばい・その他)
いつごろからですか　　カ月　　日頃より
○つかまり立ちをしますか。
(はい〔自分で・つかまらせてやると〕　　カ月　　日頃より・いいえ)
○つたい歩きはしますか。 (はい　　カ月　　日頃より・いいえ)
○今まで出来ていたことが出来なくなったことはありますか。 (いいえ・はい)
○引き出しや、箱のなかの物を取り出しますか。 (はい・いいえ)
○指先で小さなものをつまみますか。（エイセイボーロ、小鈴など） (はい・いいえ)

○バイバイ、お手々パチパチなど簡単な身振りのマネをしますか。 (はい・いいえ)
○人見知りをしますか。それはいつ頃からですか。 (　　カ月頃) (はい・いいえ)
○指で指して教えるとそちらの方を見ますか。 (はい・いいえ)
○兄弟や近所の子供を見ると喜びますか。 (はい・いいえ)
○最近どんな声を出していますか。
具体的に書いてください。 (　　)

○お母さんに呼びかけるような声を出しますか。 (はい・いいえ)
○名前を呼ぶと反応しますか。 (はい・いいえ)
○特に気になることや、心配な事はありますか。
あれば具体的に書いてください。

お母さんお父さん自身についてお伺いします。
○お母さんの体調はいかがですか。
1. よい　2. 疲れやすい　3. 眠れない　4. 食欲がない　5. よくない
6. その他（　　）
○赤ちゃん（子ども）のいる生活はいかがですか。
1. 毎日が楽しい　2. 負担が増えたが育児は楽しい　3. 負担が増え疲れる
4. よくイライラしている　5. 子どもをかわいいと思えず負担　6. 自分の時間がなくなり苦痛
7. その他（　　）
○あなたのお子さんはどのようなお子さんですか。
1. 育てやすい　2. 手がかかり育てにくい　3. よくわからない
○２、３時間の間、子どもをあずけられるところがありますか。
1. お願いできる人や場所がある　2. 前もって頼めば、お願いできる　3. 特にない
○子育ての協力者や、あなたが悩んでいるときに相談にのってくれる人はいますか。
1. いる　2. 特にいない
○子育てをしていて、お子さんをたたくことがありますか。
1. はい → どんな時ですか？　①ことばで言っても聞かないとき
②食事の困り事
遊び食べ・食べこぼし・偏食・手づかみ・その他（　　）
③トイレの失敗　④夜泣き　⑤きょうだいゲンカ
⑥親がイライラしているとき　⑦その他（　　）
2. いいえ
3. どちらともいえない
○現在、あなた（お母さん）は喫煙をしていますか。　1. なし　2. あり（1日　　本）
○現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。　1. なし　2. あり（1日　　本）
○お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください。
（健康的な不安、心に悩みを持っている、家事や仕事が忙しい、経済的な心配、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護など）