

4 か月児健康診査質問票

フリガナ
お子さんのお名前

生年月日 年 月 日 月齢 か月 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 ()	睡眠のリズムができていますか。 (はい・いいえ)	
	夜	父母・祖父母・その他 ()	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			
	お乳をよく飲みますか。 (はい・いいえ)		今までの栄養	
	お乳やミルクを吐くことがありますか。 (いいえ・はい)		1 か月まで 母乳・混合・ミルク	
	お乳が鼻からもれたりしますか。 (いいえ・はい)		2 か月まで 母乳・混合・ミルク	
	栄養方法 1. 母乳 回		3 か月まで 母乳・混合・ミルク	
	2. ミルク cc× 回			
	3. 混合			
	(母乳 回 / ミルク cc × 回)			
	(その他)			
	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



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。 ・目やにや、涙が多いですか。 ・瞳が白く見えますか。 ・目つきや目の動きがおかしいですか。	(いいえ・はい) (いいえ・はい) (いいえ・はい) (いいえ・はい)
○耳に関して何か心配なことはありますか。 ・玩具、テレビの音、楽器音、戸の開閉の音などに関心を示しますか。 ・怒った声や、優しい声、歌、音楽などをいやがったり、よろこんだりしますか。 ・聞き慣れた人の声に顔を向けますか。	(いいえ・はい) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい か月 日頃より・いいえ)
○動くものや人を目で追いますか。 ○首がしっかりすわっていますか。 ○あおむけでの姿勢で体の左右に差を感じませんか。 ○いつも同じ方向を向いていますか。 ○興味のある方へ仰向けから横向きに半分寝返りますか。 ○うつ伏せにさせたことはありますか。 (具体的に1日の回数、時間、状況) 1日 回、時間 状況	(はい か月 日頃より・いいえ) (はい か月 日頃より・いいえ) (感じない・感じる) (向きぐせはありますか。) (右・左) (いいえ・はい) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ)
○はらばい(うつ伏せ)にさせて両肘で支えて首・肩・胸が左右対称に上げられますか。	(はい・いいえ)
○体が硬かったり、抱きにくかったり、弓なりにそったりすることはありますか。 ○左右の指しゃぶり、手しゃぶりはできますか。 ○仰向けで中央で手を合わせていますか。 ○手は開いていますか。(いつもしっかりとにぎっていませんか。) ○家でオモチャを持たせていますか。 ・少しの間持っていますか。口に入れようとしますか。 ○あやすと笑ったり、声かけすると声を出し返しますか。	(いいえ・はい) (はい か月 日頃より・いいえ) (はい か月 日頃より・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい か月 日頃より・いいえ) (はい か月 日頃より・いいえ)
○特に気になることや、心配なことはありますか。 具体的に書いてください。	(はい・いいえ)
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 () ○お母さんの気持ちについて 1. 落ち着いて過ごせている 2. しんどい時もあるが、時々気分転換できている 3. 気分が沈みやすい 4. 漠然とした不安があり、涙が出ることがある ○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 ○赤ちゃんの泣きについて 1. うまくつきあっている 2. 対処できないときもあるが、負担には感じない 3. うまく対処できず悩んでいる 4. うまく対処できずイライラする ○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)	

《 4 か月児健診 質問票 》

問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

問2 妊娠中、あなた（お母さん）は飲酒をしていましたか。 →1. なし 2. あり

問3 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

問4 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

問5 お母さん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。

→1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない

問6 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

↳ ②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

問7 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

問8 この数か月間の間に、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○をつけてください。

→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

問9 赤ちゃんが、どうしても泣きやまない時などに、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

問10 かかりつけ医はありますか。

→1. はい 2. いいえ

この質問票は、“すべての子どもが健やかに育つ社会を目指す”国の計画「健やか親子21（第2次）」の評価等で活用されます。市の質問票と重複する項目がありますがご了承ください。