

# 10か月児健康診査質問票

発熱等の体調不良がある場合は  
事前にご相談ください。

| お子さんのお名前                             |  | 生年月日                                       | 年 | 月                 | 日生 | 月齢 | か      | 日      |        |
|--------------------------------------|--|--|---|-------------------|----|----|--------|--------|--------|
| 生活の様子                                | 1 主な保育者は誰ですか。  | 昼 母・父・祖父母・その他 ( )                          |   | 夜 母・父・祖父母・その他 ( ) |    |    |        |        |        |
|                                      | 2 働いているお母さん・お父さんの出かけている時間を記入してください。<br>母： 時 分～ 時 分 父： 時 分～ 時 分   |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 3 生活リズムは整っていますか。(はい・いいえ)<br>起床時間 時 分 就寝時間 時 分 夜泣き (無・有)          |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 4 生活リズムを記入してください。<br>*睡眠時間に 、授乳時間に ↓、離乳食時間に (り)、入浴時間に ☆を入れてください。 |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      |  |  |   |                   |    |    |        |        |        |
| 保育園等に通っている場合は園名を記入してください。(園名 )       |  |  |   |                   |    |    |        |        |        |
| 食事と栄養                                | 1 離乳食の開始時期<br>①5か月 ②5か月半 ③6か月 ④6か月半 ⑤7か月 ⑥その他 ( ) か月頃            |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 2 現在の栄養方法と授乳量 離乳食の回数 回/日 母乳 回/日、ミルク1回平均 cc× 回/日                  |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 3 離乳食の調理形態はどうですか。(ジャム状・5mm角程度・1cm角前後)                            |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 4 タンパク質食品をとっていますか。内容(鶏・牛・卵・豚・赤身魚(まぐろ・ツナなど))                      |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 5 コップを使っていますか。(はい・いいえ) ・青背魚(さば・あじ・ぶり・かつおなど)                      |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 6 ストローを使っていますか。(はい・いいえ)  |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 7 自分でつかんで食べようとしていますか。(はい・いいえ)                                    |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 8 飲み物 お茶・水 cc/日 ジュース cc/日 その他 ( ) cc/日                           |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 9 おやつ 回数 回/日 (内容 )   |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 10 じんましんや湿疹の出る食べ物がありますか。(無・有) 食品名 ( )                            |  |   |                   |    |    |        |        |        |
| 排泄                                   | 排便回数   | 回/   | 日 | おむつの交換回数          | 回/ | 日  |        |        |        |
| 病気やけが                                | 1 いままでにかかった大きな病気やけが (無・有 病名 )                                    |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 2 ひきつけを起こしたことがありますか。(無・有 いつ 発熱 有・無 回数 回)                         |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 3 現在の病気 (無・有) ①病名 ( )<br>②いつから ( )<br>③通院頻度 ( 回/ )<br>④医療機関名 ( ) |  |   |                   |    |    |        |        |        |
| 次の質問のあてはまる方に○をつけてください。               |  |  |   |                   |    |    |        |        |        |
| 1                                    | 目に関して心配なことがありますか。  |  |   |                   |    |    |        | いいえ・はい |        |
|                                      | ①腫が白色や黄緑色、だくだい色などに光ってみえますか。                                      |  |   |                   |    |    |        | いいえ・はい |        |
|                                      | ②目つきや目の動きはおかしいですか。   |  |   |                   |    |    |        | いいえ・はい |        |
|                                      | ③目やにや涙は多いですか。  |  |   |                   |    |    |        | いいえ・はい |        |
|                                      | -----  |  |   |                   |    |    |        |        |        |
|                                      | 2  | 耳に関して心配なことがありますか。                          |   |                   |    |    |        |        | いいえ・はい |
|                                      |  | ① 外のいろんな音(車の音など)に見回したり、はって行ったりなどの関心を示しますか。 |   |                   |    |    |        |        | はい・いいえ |
|                                      |  | ② 「おいで」「ばいばい」などの言葉に応じて行動しますか。              |   |                   |    |    |        |        | はい・いいえ |
|                                      |  | ③ そっと近づいてささやき声で呼びかけると振り向きませんか。             |   |                   |    |    |        |        | はい・いいえ |
|                                      |  | ④ グラニュー糖の入ったスティックシュガーを耳元でふると振り向きませんか。      |   |                   |    |    |        |        | はい・いいえ |
| ⑤ 隣の部屋で音をたてたり、遠くから名前を呼ぶとはってきいたりしますか。 |  |  |   |                   |    |    |        | はい・いいえ |        |
| ⑥ 音楽や歌を歌ってあげると手足を動かして喜びませんか。         |  |  |   |                   |    |    |        | はい・いいえ |        |
| ⑦ お母さんやお父さんの声を聞くと、まねて声を出しますか。        |  |  |   |                   |    |    |        | はい・いいえ |        |
| ⑧ 聞こえていないのではないかと感じる場合がありますか。         |  |  |   |                   |    |    | いいえ・はい |        |        |

|    |   |   |
|----|---|---|
| 3  | はいはいをしますか。<br>現在どんなはいはいをしていますか。(ずりばい・四つばい・高ばい・その他)  | はい ( か月)・いいえ  |
| 4  | 自分でおすわりから立ってつかまり立ちをしますか。  | はい ( か月)・いいえ  |
| 5  | つたい歩きをしますか。   | はい ( か月)・いいえ  |
| 6  | 今までに出来ていたことで出来なくなったことがありますか。  | いいえ・はい  |
| 7  | 引き出しや箱の中のものを取り出しますか。  | はい ( か月)・いいえ  |
| 8  | 指先で小さなもの(小鈴など)をつまみますか。  | はい ( か月)・いいえ  |
| 9  | バイバイ、チョチチョチなど簡単な身振りの真似をしますか。  | はい ( か月)・いいえ  |
| 10 | 人見知りをしますか。  | はい ( か月)・いいえ  |
| 11 | 指でさして教えるとそちらの方を見ますか。(1 m～2 m位先にあるもの)  | はい ( か月)・いいえ  |
| 12 | きょうだいや近所の子どもを見ると喜びますか。  | はい・いいえ  |
| 13 | 「マンマンマン」「アイアイアイ」など、繰り返す声を出しますか。   | はい ( か月)・いいえ  |
| 14 | お母さんやお父さんに呼びかけるような声をだしますか。  | はい・いいえ  |
| 15 | 名前を呼ぶと反応しますか。   | はい・いいえ  |
| 16 | お母さん・お父さん自身のことについてうかがいます。<br>①日頃の育児は楽しくやっていますか。<br>②自分の子どもは育てにくいと思うことがよくありますか。<br>③しつけのためにお子さんをたたくことがありますか。<br>④感情的にどなったり、お子さんが傷つくことを言うことがありますか。<br>⑤お父さん(お母さん)は育児に協力的ですか。<br>お父さん(お母さん)の他に育児の協力者がいますか。<br>⑥子育てについて相談する人はいますか。<br>「はい」の場合、それは誰ですか。(複数回答可) (夫(パートナー)・祖父母・友人・専門職・その他: )<br>⑦お母さん・お父さん自身のことでは何かありましたらお書きください。(健康面での不安・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)<br>[ ] | はい・いいえ・どちらともいえない<br>いいえ・はい・どちらともいえない<br>いいえ・はい・どちらともいえない<br>いいえ・はい・どちらともいえない<br>はい・いいえ・どちらともいえない<br>はい(誰: )・いいえ<br>はい・いいえ |
| 17 | 気になることや心配なことはありますか。<br>「はい」の場合 それは何ですか。具体的に記入してください。  | いいえ・はい  |

\*この質問票は母子保健カードに添付します。

\*記入しにくいところは問診時にお聞きしますので空白のまま提出してください。