

4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	か月	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。 母: 時 分～ 時 分 父: 時 分～ 時 分							
	3 睡眠のリズムはできていますか。 (はい・いいえ)							
	4 夜間起きなくなりましたか。 (はい・いいえ)							
子の	5 生活リズムを記入してください。 起床時間 時 分 就寝時間 時 分 夜泣き (無・有) *睡眠時間に //、授乳時間に ↓、入浴時間に ☆を入れてください。							
	0 6 12 18 24							
	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 今までの栄養							
	・生後1か月まで (母乳・混合・ミルク)							
	・生後1か月～2か月 (母乳・混合・ミルク)							
	・生後2か月～3か月 (母乳・混合・ミルク)							
	2 母乳やミルクを良く飲みますか。 (はい・いいえ)							
	3 母乳やミルクをよく吐きますか。 (いいえ・はい)							
	4 母乳やミルクが鼻からもれたりしますか。 (いいえ・はい)							
栄養	5 現在の栄養方法と授乳量							
	・母乳 回/日							
	・ミルク 1回平均 cc× 回/日							
	6 母乳やミルク以外のものを与えたことがありますか。 (はい・いいえ)							
排泄	「はい」の場合	お茶・水	cc/日	方法 (哺乳びん・スプーン)				
	その他 ()	cc/日	方法 (哺乳びん・スプーン)					
病気やけが	7 離乳食をいつ頃開始しようと思いますか。 () か月							
	1 排便回数 回/日 (性状) 便の色は白っぽいですか							
	2 おむつの交換の回数 回/日 (はい・いいえ)							
	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 ()							
	②いつから ()							
③通院頻度 (回/)								
④医療機関名 ()								
4 おかしな動きだと思ふことはありますか。 (いいえ・はい)								
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 瞳が白色や黄緑色、だくだい色などに光ってみえますか。 (いいえ・はい)								
② 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 (いいえ・はい)								
③ 目やにや涙は多いですか。 (いいえ・はい)								

