

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 _____ 日 _____ 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)		
食生活と栄養	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)		
	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)		
排泄	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)		
	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) 「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) おやつ 回数 回/日 (内容)		
	7 離乳食をいつ頃開始しようと思いますか。 () か月		
病気やけが	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えることはありますか。 (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、だいた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			

2	耳に関して心配なことはありますか。	いいえ・はい
①	玩具、テレビの音、楽器の音、戸の開閉の音などに関心をしめますか。	はい・いいえ
②	怒った声や優しい声、歌、音楽などにいやがったり喜んだりしますか。	はい・いいえ
③	聞き慣れた人の声に顔を向けますか。	はい・いいえ
3	動くものや人を目で追いますか。	はい (か月) ・ いいえ
4	首がしっかりすわっていますか。	はい (か月) ・ いいえ
5	いつも同じ方向を向いていますか。(向きぐせはありますか。)	いいえ・はい (右・左)
6	興味のある方へ仰向けから横向きに半分寝返りますか。	はい (か月) ・ いいえ
7	うつぶせにさせたことがありますか。(時々頭を上げますか。)	はい・いいえ
	「はい」の場合 具体的に記入してください。	
	1日 () 回 ・ 時間 () 分 ・ どんな時 ()	
8	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。	いいえ・はい
9	左右の指しゃぶり、手しゃぶりはできますか。	はい・いいえ
10	仰向けで中央で手を合わせていますか。	はい・いいえ
11	家でおもちゃを持たせていますか。	はい・いいえ
	「はい」の場合 少しの間持っていていただけますか。口に入れようとしますか。	
	はい (か月) ・ いいえ	
12	あやすと笑いますか。	はい (か月) ・ いいえ
13	お母さん・お父さん自身のことについてうかがいます。	
①	日頃の育児は楽しくやっていますか。	はい・いいえ・どちらともいえない
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。	いいえ・はい・どちらともいえない
③	しつけのためにお子さんをたたくことがありますか。	いいえ・はい・どちらともいえない
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。	
	いいえ・はい・どちらともいえない	
⑤	お父さん(お母さん)は育児に協力的ですか。	はい・いいえ・どちらともいえない
	お父さん(お母さん)の他に育児の協力者はいますか。	はい(誰:)・いいえ
⑥	お父さん(お母さん)と家事・育児の役割分担について話し合ったことがありますか。	
	はい・いいえ・どちらともいえない	
⑦	子育てについて相談する人はいますか。	はい・いいえ
	「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:)	
⑧	お母さん・お父さん自身のことで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)	
	[]	
14	気になることや心配なことはありますか。	いいえ・はい
	「はい」の場合 それは何ですか。具体的に記入してください。	

*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。