

家庭や妊娠・出産についての質問票（4か月児健診時に提出してください）

お子さんのお名前			生年月日			年	月	日生
家族構成	氏名	生年月日	続柄	その他	家族の状況			
					1 妊娠中に同居の家族もしくはお母さん自身がたばこを吸っていましたか。			
					いいえ・はい→誰が：			
					2 現在、同居の家族もしくはお母さん自身がたばこを吸いますか。			
					いいえ・はい→下記の質問にお答え下さい。			
					誰が： 何を：紙巻き・加熱式 本数：1日 本			
					禁煙の意向： 有 ・ 無 ・ 不明			
					分煙の状況：			
					3 家族の病気等で育児に支障が出るような状況がありますか。			
					いいえ・はい（誰が ）			
母の状況	次の病気にかかったことがありますか。（あるものに○をつけてください） 高血圧 腎臓病 糖尿病 肝臓病 心臓病 甲状腺の病気 結核 その他（ ） 出産後気分が沈んだり涙もろくなったり、何もやる気になれないといったことがありますか。 なし・あり							
妊娠の経過	妊娠中に次のような症状はありましたか。 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病 貧血 切迫流早産 強いつわり その他（ ） 妊娠中に薬を服用しましたか。 なし・あり 何の薬（ ） 妊娠中に入院しましたか。 なし・あり 理由（ ） 受診回数（ 回） 検査結果 梅毒血清反応（-・+） B型肝炎抗原検査（-・+） C型肝炎抗体検査（-・+） HTLV-1（-・+）←16未満は（-）に○してください。							
分娩	妊娠期間 妊娠 週 出産場所（ ） 分娩状態 胎位（右記に○を付けてください） 頭位・骨盤位・その他（ ） 特記事項があれば○や記入をお願いします。 微弱陣痛・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開（理由 ） その他（ ）							
出産時	計測値 体重（ g）身長（ . cm）胸囲（ . cm）頭囲（ . cm） アプガー（ 点） 新生児聴覚検査を受けましたか。 未・済 結果（ pass・refer） ↳ 再検査の結果（ ）							
出産後の様子	出生後、次のような症状がありましたか。 ・ある—仮死、チアノーゼ、けいれん、貧血、呼吸障害、黄疸、その他（ ） ・なし 出生後、次のような処置をしましたか。 ・ある—輸血、光線療法（ 時間） 保育器（ 日間） 酸素吸入（ 日間） ・なし 先天性代謝異常検査をしましたか。 未・済							
1か月健診	健診日 年 月 日 健診場所（ ） 体重（ g） 身長（ . cm） 胸囲（ . cm） 頭囲（ . cm）							
連絡先	※緊急時に連絡させていただくことがありますので、連絡先を2つ以上記入してください。 最もつながりやすい電話番号①（ - - ）（どなた ） 次につながりやすい電話番号②（ - - ）（どなた ）							

*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。