

新生兒質問票

児氏名		性別	男・女	生年月日	・	・	第 子	月 齢	か月	日																																
母氏名	年齢 職業			父氏名	年齢 職業																																					
住所	長浜市 町			電話番号																																						
一般状態	《生活リズム》 一日の哺乳時間を↓、睡眠時間を  、入浴時間を☆で記入してください。																																									
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>0</td><td colspan="4">6</td><td colspan="2">12</td><td colspan="3">18</td><td>24</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="3">機嫌 (良い・悪い)</td> <td colspan="2">睡眠 (良い・悪い)</td> </tr> </table>																					0	6				12		18			24						機嫌 (良い・悪い)			睡眠 (良い・悪い)	
	0	6				12		18			24																															
					機嫌 (良い・悪い)			睡眠 (良い・悪い)																																		
《栄養》 ・栄養方法 母乳 1日 回・ほぼ () 時間ごと ミルク 1日 回・1回量 cc ・お乳をよく飲みますか (はい・いいえ) ・お乳が飲みにくかったり多量に吐いたりしますか (はい・いいえ) ・授乳について不安がありますか。(はい・いいえ)					《排泄》 ・便 回 / 日 ・性状 (良 ・ 否) ・オムツ交換の回数 回 ・うんちの色カード (番) (母子健康手帳内)																																					
今までかかった病気	(無 ・ 有) ひきつけ (無 ・ 有 、回数 回、時間 分) 病名 () izzoo () 発熱 (有 ・ 無)																																									
現在の病気	(無 ・ 有) 病名 () かかっている病院名 ()																																									
お子さんについて、次の質問のそれぞれにあてはまる方の答えに○をつけてください。 ◎目に関して何か心配なことはありますか。(いいえ・はい) ・目やにや、涙は多いですか。(いいえ・はい) ・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) ・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)																																										
◎耳に関して何か心配なことはありますか。(いいえ・はい) ・突然の音にピクッとしますか。(はい・いいえ) ・突然の音にまぶたがギュッと閉じますか。(はい・いいえ) ・眠っていて突然の音に目を覚ましますか。(はい・いいえ)																																										
◎一方向ばかり向いていますか。(右・左) (いいえ・はい) ◎うつぶせにさせたことはありますか。(はい・いいえ) ◎手足をバタバタさせていますか。(はい・いいえ) ◎弱々しい声で泣いたり、しょっちゅう泣いたりしますか。(いいえ・はい) ◎体が弓なりになったり、抱きにくいことはよくありますか。(いいえ・はい) ◎お子さんのことで、うれしかったこと、感動したことがあればご記入ください。 () ◎特になにか心配なこと、気になることはありますか。(いいえ・はい) 具体的に書いてください。()																																										
お子さんの育児についてお聞きします。 ◎お母さんやお父さんの気持ちや体調はよいですか。(はい・いいえ) ◎毎日の生活や育児を楽しくやっていますか。(はい・いいえ) ◎お子さんを育てにくいと思うことがよくありますか。(いいえ・はい) ◎お父さんは育児に協力的ですか。(はい・いいえ) ◎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。(夫(パートナー)・母の両親・夫(パートナー)の両親・友人・専門職・その他:) ◎お母さん、お父さん自身のこと(健康の不安、心の悩み、家事や仕事が忙しい、経済、パートナーとの関係、父母の両親との関係)について何かあればお書きください。()																																										