

6か月児すくすく赤ちゃん講座 問診票

※この問診票は、ブックスタートふじ事業の絵本引換券となります。

	新生児	4ヶ月	6ヶ月	10ヶ月	1.6歳	3歳
受診						

記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 受診日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名			H	年	月	日生
住所			第	子	か	月
TEL			日			
保育状況	自宅・()		保育園・()		託児所・その他()	
同居家族	父	氏名 ()歳 職業()健康・否	母	氏名 ()歳 職業()健康・否		
	続柄	男・女 年 月 日生 健康・否	続柄	男・女 年 月 日生 健康・否		
		男・女 年 月 日生 健康・否		男・女 年 月 日生 健康・否		
		男・女 年 月 日生 健康・否		男・女 年 月 日生 健康・否		

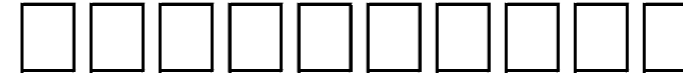
当てはまる□に✓を、選択肢に○を、()内は記入して下さい。 記入者 母・父・祖母・祖父・その他()

体について	① 今までにかった病気はありますか (病名・手術)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
	② 今までに事故やけがはありますか ()	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
	③ 今、治療中の病気がありますか (病名) (医療機関)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
	④ アレルギー性の病気にかったことがありますか (アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・じんましん・食物アレルギー・喘息・その他)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
	⑤ ご家族や祖父祖母でアレルギーの病気にかった人がいますか (誰が) (病名)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

発達について	① 首がすわりましたか	<input type="checkbox"/> はい ()か月頃から	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
	② 寝返りをしますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
	③ 手を伸ばして、欲しいもの(おもちゃなど)をつかみますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
	④ 手やおもちゃを口に持っていきますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
	⑤ 見えない方向から声をかけると、顔をそちらに向けますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
	⑥ お母さんなどに、自分から「アー」など声を出しますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
	⑦ 話しかけた時に目が合いますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない
	⑧ 目つきや動きがおかしいと思ったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> わからない
	⑨ ひとみが白っぽく見えますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> わからない

生活について	① お子さんの1日の生活リズムを書いてください。(起床・離乳食・授乳・お風呂・就寝など)	0 3 6 9 12 15 18 21 24	<input type="checkbox"/> 21時前に就寝
	② 家族でたばこを吸っている人がいますか (父/1日 本) (母/1日 本) (その他 誰が /1日 本)		<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない

食事	① 母乳 ()回 ミルク () CC × ()回	<input type="checkbox"/> 湯冷まし <input type="checkbox"/> 麦茶 <input type="checkbox"/> 果汁
	母乳・ミルク以外のものを何か飲みますか	<input type="checkbox"/> イオン飲料 <input type="checkbox"/> その他 ()



食事について	② 離乳食を始めてからどのくらい経ちますか	<input type="checkbox"/> まだ始めていない	<input type="checkbox"/> 始めて ()日・週間くらい		
	③ 離乳食は1日何回食べますか	1日 ()回			
	④ 離乳食で食べたことがあるものすべてに✓をつけてください	<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 芋類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 豆腐 <input type="checkbox"/> 白身魚 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	⑤ 離乳食について心配なこと、聞きたいことはありますか	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ			
	⑥ 子育てが楽しいですか	<input type="checkbox"/> 楽しい	<input type="checkbox"/> 大変なこともあるが楽しいことの方が多い	<input type="checkbox"/> 楽しいこともあるが大変なことの方が多い	<input type="checkbox"/> とても大変
子育てについて	② お母さんが、ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> どちらともいえない	
	③ からだや気持ちの状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 心身ともに快調	<input type="checkbox"/> からだはよいが精神的によくない	<input type="checkbox"/> 精神的にはよいがからだの不調	<input type="checkbox"/> 心身ともに調子が悪い
	④ 育てにくさを感じますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> どちらともいえない	
	⑤ 育児をする中で、迷ったり悩んだりすることはありますか	<input type="checkbox"/> 悩みはない	<input type="checkbox"/> 悩んでも解決できる	<input type="checkbox"/> 悩みたくない	<input type="checkbox"/> 悩んでいる
	⑥ 悩みの内容について、あてはまるものすべてに✓をつけてください	<input type="checkbox"/> いつも育児に自信が持てない ⇒ <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> 泣いているときの対処法 <input type="checkbox"/> 育て方がわからない ⇒ <input type="checkbox"/> 夜泣き <input type="checkbox"/> あやし方 <input type="checkbox"/> 抱き方 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	⑦ ささいなことでも協力してくれる人が身近にいますか ⇒あてはまる人すべてに✓をつけてください	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
	⑧ あなたや家族が子どもを虐待していると思うことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> どちらともいえない	
	⑨ 現在、あなたの家庭で困っていることはありますか⇒あてはまるものすべてに✓をつけてください	<input type="checkbox"/> 困っていることはない <input type="checkbox"/> 育児方針が違う <input type="checkbox"/> 育児に対する協力が得にくい <input type="checkbox"/> 不安定な収入 <input type="checkbox"/> 経済観念が違う <input type="checkbox"/> 会話が少ない <input type="checkbox"/> 親族との付き合い方 <input type="checkbox"/> ギャンブル問題 <input type="checkbox"/> 酒や薬の問題 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 無計画な借金 <input type="checkbox"/> (配偶者・本児のきょうだい・同居者)の病気や障害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	その他心配なこと、聞きたいことがありましたら、ご自由にお書きください。				

ふりがな	
氏名	

「安全」チェックリスト

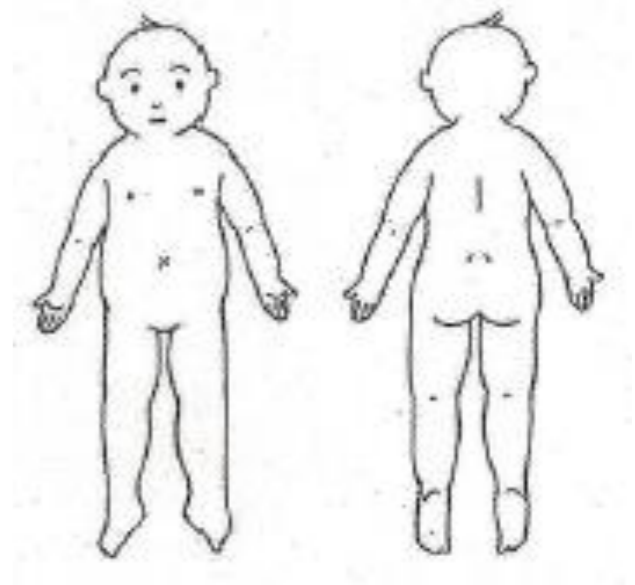
子どもの周りには危険がいっぱいです。
乳幼児の事故の大半は、お父さん、お母さんのちょっとした気配りで防止することができます。
この機会にもう一度子どもの目の高さにおいて、安全チェックをして下さい。

各項目の「はい」「いいえ」のあてはまる所に、✓をつけてください。

① ストーブやヒーターなどは安全柵で囲って使用していますか	<input type="checkbox"/> はい（使用しない）	<input type="checkbox"/> いいえ
② ポットや炊飯器は赤ちゃんの手の届かない所に置いていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③ お茶やコーヒー、味噌汁、カップラーメンなどをテーブルの端に置くことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
④ 階段に転落防止用の柵を取り付けましたか	<input type="checkbox"/> はい（階段なし）	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 歩行器は段差がない所で使用していますか	<input type="checkbox"/> はい（使用しない）	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ つかまり立ちをさせるときは、赤ちゃんのそばについていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 赤ちゃんがお座りをするそばに、角や縁の鋭い物がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑧ おもちゃは安全マークを目安に選び、プラスチックの薄い突起や、とがった部分がないか確認していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑨ ドアのちようつがい部分に、指が入らないようにガードしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 自動車に乗る時、チャイルドシートを後部座席に取り付けて使用していますか	<input type="checkbox"/> はい（車は使用しない）	<input type="checkbox"/> いいえ
⑪ よだれかけの紐は外してから赤ちゃんを寝かせていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 入浴中の赤ちゃんを一人にして目を離すことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑬ タバコや灰皿はいつも赤ちゃんの手の届かない所に置いていますか	<input type="checkbox"/> はい（喫煙者なし）	<input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 子どもの前や子どものいる室内で、喫煙していますか	<input type="checkbox"/> いいえ（喫煙者なし）	<input type="checkbox"/> はい
⑮ 事故防止について、心がけていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑯ 乳幼児揺さぶられ症候群を知っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

ここからは記入しないでください

体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>
身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>
カウプ指数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
頭囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>
胸囲	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>



相談結果	<input type="checkbox"/>	事後	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 健康相談	<input type="checkbox"/> 栄養相談
------	--------------------------	----	--------------------------	--------------------------	-------------------------------	-------------------------------