

大野城市 1か月児健康診査問診票

赤ちゃんをご家族のご自宅での様子をお伺いします。太枠内を記載してから、健診を受けてください。

(健診時には母子健康手帳を忘れずに持参して下さい。)

乳児氏名 () 生年月日

在胎週数 () 週 出生時体重 () g

| | | |
|----|---|--|
| 1 | 母乳やミルクをよく飲みますか。 | はい・いいえ |
| 2 | 元気な声で泣きますか。 | はい・いいえ |
| 3 | 大きな音にピクっと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか。 | はい・いいえ |
| 4 | 母乳やミルクを飲む時や泣いたときに唇が紫色になることがありますか。 | いいえ・はい |
| 5 | からだ特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。 | いいえ・はい |
| 6 | うすい黄色、もしくはクリーム色の便(便色カード1～3番)が続いていますか。 | いいえ・はい |
| 7 | あなたの顔をじっとみつめることがありますか。 | はい・いいえ |
| 8 | 裸にすると手足をよく動かしますか。 | はい・いいえ |
| 9 | 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。 | はい・いいえ |
| 10 | 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。 | はい・いいえ |
| 11 | 窒息の可能性のある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。 | はい・いいえ |
| 12 | ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないように工夫をしていますか。 | はい・いいえ |
| 13 | あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。 | はい・いいえ 何ともいえない |
| 14 | 赤ちゃんをいとおしいと感じますか。 | はい・いいえ 何ともいえない |
| 15 | 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。 | はい・いいえ 何ともいえない |
| 16 | 子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。 | はい・いいえ |
| 17 | (きょうだいがいらっしゃる方へ) きょうだいのことで相談したいことはありますか。 | いいえ・はい |
| 18 | お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力しあって、家事や育児をしていますか。 | そう思う どちらかといえばそう思う どちらかといえばそう思わない そう思わない |
| 19 | お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなりましたことがありますか。 | いいえ・はい |
| 20 | 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。 | 大変ゆとりがある ややゆとりがある 普通 やや苦しい 大変苦しい |
| 21 | 気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。 | いいえ・はい |
| 22 | 物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。 | いいえ・はい |
| 23 | あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。 | いいえ・はい |
| 24 | あなたは、ときどきご自身の時間を持つことはできていますか。 | はい・いいえ |
| 25 | 2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。 | はい・いいえ |

相談したいこと