

4か月児健康診査質問票 (保護者の方は健康診査受診までに記入をお願いします。)

乳児氏名											性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女											
フリガナ (姓と名の間は一律あけてください)												生年月日	西暦					年			月			日
連絡先	住所	区										電話番号	母携帯	-	-									
	居所	※実際の住まいが上記住所と異なる場合はご記入ください。 区											父携帯	-	-									
													自宅	-	-									

● 相談したい内容について(心配なこと、困っていること等)お子さんのことだけに限らず、自由に記入してください。

● お子さんのご家族の状況についてお聞きします。 ※当てはまる項目に☑を、()内には記入をお願いします。

1 お子さんからみた同居の家族は誰ですか。(当てはまる人に☑をし、枠内に人数、年齢を記入してください。)

父 母 祖父 祖母 兄 人 (歳 歳 歳) 姉 人 (歳 歳 歳)

弟 人 妹 人 その他 ()

2 家族の中でたばこを吸う人がいますか。

母: 吸う (1日 本) 吸わない / 父: 吸う (1日 本) 吸わない / その他: 吸う人がいる


● 妊娠中からの状況についてお聞きします。 ※当てはまる項目に☑を、()内には記入をお願いします。

妊娠中や出産時のお母さんの状況	妊娠中や出産時、お母さんに病気や異常がありましたか。 <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり : <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> その他 ()
	妊娠中、お母さんはたばこを吸っていましたか。 <input type="checkbox"/> はい (1日 <input type="checkbox"/> 本) <input type="checkbox"/> いいえ
	妊娠中、お母さんは飲酒をしていましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	妊娠中、お母さんは働いていましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	妊娠中に働いていた方は、仕事を続けることに対して職場から配慮されていたと思いますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
妊娠中、マタニティーマークを知っていましたか。 <input type="checkbox"/> はい(利用した) <input type="checkbox"/> はい(利用したことはない) <input type="checkbox"/> いいえ	
お産の状況	妊娠期間 (妊娠 <input type="checkbox"/> 週) <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 ()
産後の状況	産後、退院してから1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分受けることができましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない
生まれた時から今までのお子さんの状況	<出生時> 体重 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g 身長 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> cm 頭囲 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> cm 胸囲 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり [<input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 保育器使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
	新生児聴覚検査の結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査 (結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> 受けていない) <input type="checkbox"/> 受けていない
	今までにかかった病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月齢: <input type="checkbox"/> か月、病名:)
	現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名: 医療機関名:)
	お子さんのかかりつけ医師はいますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 何ともいえない
子ども医療電話相談 (#8000)を知っていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

● これまでに受けた予防接種についてお聞きします。 ※当てはまる項目に○を付けてください。

Hib(1回・2回・3回) 小児肺炎球菌(1回・2回・3回) ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ(1期初回 1回・2回・3回) B型肝炎(1回・2回・3回)

● 発育・発達等についてお聞きします。 ※当てはまる項目に☑を付けてください。

1 首はすわっていますか。 (縦抱きにしたとき、頭はグラグラしませんか。腹ばいにする時と絵のように頭を持ち上げますか。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2 あお向けから横向きに半分寝返りをしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3 ガラガラなどのおもちゃを少しの間、握っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4 手足を左右とも動かしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5 身体が柔らかく、しっかりしない感じがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6 いつも手を硬く握っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
7 顔を片方ばかり向けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8 うつ伏せなど特定の姿勢を極端に嫌がりますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9 目が寄って見えたり、目の位置や動きが気になることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

<裏面も記入してください>

10	ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがあります	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
11	おむつを替える時、股の開きが悪いと感じることがあります	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
12	機嫌が良い時でも、抱き上げると反り返って抱きにくいことがよくあります。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
13	少しの物音や刺激にビクッとしやすいですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
14	ガラガラやメリーゴーランドを見ていても、人が近づいたり声をかけると人の方を見ますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
15	動くものを目で追いますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
16	視線が合いますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
17	あやすと笑いますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
18	あやしても泣きやまないことが多いですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
19	ずいぶんとおとなしい赤ちゃんだと感じますか。(お乳が欲しい時でも泣かないなど)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
20	生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

● 聞こえのことについてお聞きます。 ※当てはまる項目に☑を付けてください。

1	声掛けや音楽に対して表情の変化がありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
2	日常のいろいろな音(玩具、テレビの音、楽器音、戸の開閉など)に対して、その音のする方向に顔(又は目)を向けますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
3	呼びかけるとゆっくりではあるが顔を向けることがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4	赤ちゃんの出す「アー」「ウー」などの声に応えると、さらに声をさかんに出したりしますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
5	家族(父母、祖父母、兄弟姉妹など)に小さい時から聞こえの悪い方がいますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

● 食事についてお聞きます。 ※当てはまる項目に☑を、()内には記入をお願いします。

1	生後1か月時のお乳は何を飲んでいましたか。	<input type="checkbox"/>	母乳	/	<input type="checkbox"/>	母乳と育児用ミルク	/	<input type="checkbox"/>	育児用ミルク
2	現在、お乳は何を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/>	母乳	/	<input type="checkbox"/>	母乳と育児用ミルク () か月から	/	<input type="checkbox"/>	育児用ミルク () か月から
3	一日のお乳の量と回数ほどのくらいですか。		母乳 () 回	/		育児用ミルク1回 () mlを () 回			
4	母親の乳首以外のもの(哺乳瓶など)を口に含ませると極端に嫌がりますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				

● 子育てのことなどについてお聞きます。 ※当てはまる項目に☑を、()内には記入をお願いします。

1	子育ては楽しいと思いますか。	<input type="checkbox"/>	とてもそう思う	<input type="checkbox"/>	そう思う	<input type="checkbox"/>	あまり思わない	<input type="checkbox"/>	全く思わない
2	抱っこや言葉掛けを充分していますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
3	ゆったりした気分で子どもと過ごせる時間はありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	<input type="checkbox"/>	何ともいえない		
4	お子さんの世話をしている方はどなたですか。 昼間:お子さんの <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 保育園等 () <input type="checkbox"/> その他 () 夜間:お子さんの <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 保育園等 () <input type="checkbox"/> その他 ()								
5	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	<input type="checkbox"/>	よくやっている	<input type="checkbox"/>	時々やっている	<input type="checkbox"/>	ほとんどしない	<input type="checkbox"/>	何ともいえない
6	お父さんの他に家事や子育てを手伝ってくれる方がいますか。	<input type="checkbox"/>	いる (誰ですか)	<input type="checkbox"/>	いない				
7	家族で育児について話すことがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
8	家族の中で育児の意見が食い違って困ることがありますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
9	子育てをしていて、イライラすることが多いですか。 「はい」の方は、それはどのような時ですか。()	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
10	この数か月間に、ご家庭で以下のことがありましたか。 <input type="checkbox"/> しつけのし過ぎがあった <input type="checkbox"/> 感情的に叩いた <input type="checkbox"/> 乳幼児だけを家に残して外出した <input type="checkbox"/> 長時間食事を与えなかった <input type="checkbox"/> 感情的な言葉で怒鳴った <input type="checkbox"/> 子どもの口をふさいだ <input type="checkbox"/> 子どもを激しく揺さぶった <input type="checkbox"/> いずれも該当しない								
11	お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。 育てにくさを感じた時に、何らかの解決方法を知っていますか。(例:相談先を知っているなど)	<input type="checkbox"/>	いつも感じる	<input type="checkbox"/>	時々感じる	<input type="checkbox"/>	感じない		
12	子育てのことで不安に思ったり、悩んだりすることはありますか。 「よくある」「時々ある」の方はどのような時ですか。()	<input type="checkbox"/>	よくある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	あまりない	<input type="checkbox"/>	ほとんどない
13	悩んだり困ったりしたとき相談に乗ってくれる方がいます	<input type="checkbox"/>	いる (誰ですか)	<input type="checkbox"/>	いない				
14	お母さんの最近の状況で、当てはまることがありますか。(当てはまる項目があればすべてに☑してください。) <input type="checkbox"/> 眠れない日が続いている。 <input type="checkbox"/> 食欲がないことが多い。 <input type="checkbox"/> 疲れが取れない。 <input type="checkbox"/> やる気が起こらない。 <input type="checkbox"/> 気分がとても落ち込む。 <input type="checkbox"/> 自分を責める気持ちになる。 <input type="checkbox"/> 出産前に関心があったものに対し、興味がわかない。 <input type="checkbox"/> 子どもへの対応で、どうしてもよいかわからず混乱してしまうことがある。								
15	赤ちゃんが、どうしても泣きやまないときなどに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(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				
16	お子さんの事故防止のための環境整備に心がけていますか。(お子さんの周囲に物を置かない、ベットには必ず柵を)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
17	現在お住まいの地域で、今後も子育てをしていきたいですか。 <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかと言えばそう思う <input type="checkbox"/> どちらかと言えばそう思わない <input type="checkbox"/> そう思わない								

<保護者記入欄は以上です。受診当日には必ずこの結果票と受診券・請求券を指定医療機関の窓口にご提出ください。>

4か月児健康診査結果票

医療機関 記入用

令和3年3月31日までご利用いただけます。

医療機関記入欄

受診年月日	令和 年 月 日	太字は、副本登録連携情報(必須記入項目)です。			
発 育	身長	体重	胸囲	頭囲	発育(栄養状態)
	□□□ . □ cm	□□□□ g	□□□ . □ cm	□□□ . □ cm	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要指導
発 達 (筋緊張状態)	腹臥位の姿勢 	引き起こし反応 	垂直吊下げテスト 	水平抱き(腹位) 	
	<input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進	<input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亢進	
診 察	項目	診察所見			
	先天性形態異常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (頭・顔面・四肢・体幹・その他)			
	大泉門異常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()			
	耳の異常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (聴覚異常・その他)			
	目の異常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (追視しない・斜視・その他)			
	斜頸	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()			
	循環器系疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (心雑音・その他)			
	呼吸器系疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()			
	消化器系疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (膨満・腫瘤・鼠経ヘルニア・臍ヘルニア・その他)			
	泌尿器系疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (停留睾丸・外性器異常・その他)			
	開排制限	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()			
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (湿疹・その他)			
	精神発達障害	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (笑わない・喃語なし・視線が合わない)			
	身体的発育異常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()			
その他の異常	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()				
判 定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 既医療 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要精密				
	[医師署名]				
精 密 検 査	<input type="checkbox"/> 身体面 保健センターから保護者に対して精密検査受診券を交付します。 紹介状 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 紹介先名称 : []				
	<input type="checkbox"/> 精神面 保健センターから保護者に連絡し、精密検査の受診方法について調整します。				
育 児 支 援	保健センターによる相談支援 : <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要				

実施医療機関

実 施 日	所在地	名 称	印
令和 □ 年 □ 月 □ 日	管 理 者 氏 名	電 話 番 号	

※医療機関の方へ(送付方法について)

4か月児健康診査結果票に実施医療機関名及び管理者印を記入・押印し、事前に送付した返信用封筒に同封の上、広島市こども未来局こども・家庭支援課に送付してください。

4か月児健康診査を受診されない場合

1 質問票(表面及びその裏面)をご記入ください。

2 健診を受診されない方にお聞きします。その理由は何ですか。

※当てはまる項目に☑を、()には記入をお願いします。

医療機関で既に健診を受けた。

受診日： 西暦 年 月 日 医療機関名：

子どもの病気のため受診できない。

保護者の仕事で休めない。

その他 ()

3 お手数をおかけいたしますが、この用紙をお住いの区の下記の住所に郵送して下さい。

中区	〒730-8565 広島市中区大手町四丁目1番1号 中区 地域支えあい課 地域支援第一係
東区	〒732-8510 広島市東区東蟹屋町9番34号 東区 地域支えあい課 地域支援第一係
南区	〒734-8523 広島市南区皆実町一丁目4番46号 南区 地域支えあい課 地域支援第一係
西区	〒733-8535 広島市西区福島町二丁目24番1号 西区 地域支えあい課 地域支援第一係
安佐南区	〒731-0194 広島市安佐南区中須一丁目38番13号 安佐南区 地域支えあい課 地域支援第一係
安佐北区	〒731-0221 広島市安佐北区可部三丁目19番22号 安佐北区 地域支えあい課 地域支援第一係
安芸区	〒736-8555 広島市安芸区船越南三丁目2番16号 安芸区 地域支えあい課 地域支援係
佐伯区	〒731-5195 広島市佐伯区海老園一丁目4番5号 佐伯区 地域支えあい課 地域支援第一係