

1か月児健康診査問診票

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
乳児氏名		生年月日	西暦 年 月 日
連絡先	住所	区	電話番号
	居所	区	母携帯 — — 父携帯 — — 自宅 — —

※問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。

出生時の状態	在胎週数 () 週 出生時体重 () g	
器質的疾患の確認	1 お乳をよく飲みますか。	(はい ・ いいえ)
	2 元気な声で泣きますか。	(はい ・ いいえ)
	3 大きな音にピクツ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 お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。	(いいえ ・ はい)
	5 からだが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、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。	(いいえ ・ はい)
発達	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)
親(主な養育者)や子育ての状況	9 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	(なし ・ あり (1日__本))
	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。	(なし ・ あり (1日__本))
	11 窒息の可能性が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うよう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、協力合って家事・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ってしまっ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、ときどき自身の時間をもつことはできていますか。	(はい ・ いいえ)	
接予種防	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)
健康相談の内容		
指導内容		
特記事項		