

3か月児 健診時質問票（表）

フリガナ		年	月	日生	お母さんとお子さんの様子について（母子手帳を参考にご記入下さい）。～つづき
お子様のお名前		第 子	満 月	日	⑨ お子さんに生まれた時からの病気はありますか。 □なし □あり（ ）
現住所	〒	TEL			⑩ お子さんは今まで何か病気をしましたか。 □なし □あり（ 時期 ）
記入者 お子さんとの続柄（ ） お母さんとお子さんの様子について（母子手帳を参考にご記入下さい）。 ① 妊娠中の状態について <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 尿糖の陽性 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 高血圧に伴う浮腫 <input type="checkbox"/> 尿蛋白の陽性 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠 <input type="checkbox"/> その他 [切迫（流産・早産）、強いつわり、入院（ 日間）、他（ ）] ② 出産の状態について。（ ）週 <input type="checkbox"/> 頭囲 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 帝王切開術 <input type="checkbox"/> その他 [破水（前期・後期）、大量出血、羊水混濁、臍帯異常、胎盤異常、他] ③ お子さんが生まれた時について。 出生体重（ ）g 出生時身長（ ）cm 出生時頭囲（ ）cm 出生時頭囲（ ）cm 出生時の特記事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（新生児仮死、酸素吸入した、保育器に入った、分娩時に損傷があった、他） ④ 生まれて1か月までの主な栄養法はどれですか。 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳 ⑤ お子さんが生まれてから1か月くらいの間に以上はありましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [黄疸（光線療法・交換輸血）、低血糖、他] ⑥ お子さんの先天性代謝異常検査は受けましたか。 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 検査結果不明 ⑦ お子さんは新生児聴覚スクリーニング検査を受けましたか。 初回検査 検査方法 <input type="checkbox"/> 自動A B R <input type="checkbox"/> O A E <input type="checkbox"/> A B R 検査結果 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 受けていない 再検査 検査方法 <input type="checkbox"/> 自動A B R <input type="checkbox"/> O A E <input type="checkbox"/> A B R 検査結果 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 受けていない 精密検査 検査結果 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 受けていない ⑧ お子さんがあやすと笑うようになったのはいつ頃ですか。 （ ）か月 <input type="checkbox"/> したことがない <input type="checkbox"/> わからない					⑩ お子さんは今まで何か病気をしましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 時期 ） ⑪ 今までに、お子さんにけが等がありましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> ベッドから落ちた <input type="checkbox"/> 誤飲 ⑫ 今までに受けた予防接種に○印をつけて下さい。 ヒブ・小児肺炎球菌・B型肝炎・4種混合（その他： ） 現在の栄養について。 <input type="checkbox"/> 母乳のみ <input type="checkbox"/> 混合栄養 <input type="checkbox"/> 人工栄養 母乳（ ）回/日 ミルク（ ）回/日（1回 ml） 生後 月より その他（ ）（ ml/日） 便について。 回数：（ ）回/日 色（黄色・緑色・その他 ） お子さんの日頃の様子について。 ① お乳の飲みはよいですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ② よく寝ますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ③ 機嫌はよいですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ お子さんの成長の様子について。（すべてできなくてもいいですが、ためてみましょう） ① うつぶせにすると顔をあげますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ② ガラガラなどを手で持ちますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ③ 手やおもちゃを口にもっていきますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ④ あやすと笑いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ⑤ 動くものを目で追いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ⑥ 音のする方へ顔を向けますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ お子さんに次のようなことはありますか。 ① からだがやわらかく、しっかりしないかんじがする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ② 腕や足をつっぱたり、そりかえったりする <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ③ めつきや目の動きがおかしいと思う <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ④ 小さい刺激に、びっくりしやすい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ⑤ 呼吸がおかしいことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ アレルギー・湿疹について ① 現在、アトピー性皮膚炎、または直りにくい湿疹がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ② 息をするときゼーゼー・ヒューヒューいう事がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ ③ 父・母またはきょうだいが喘息と言われたことがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> いいえ

3か月児 健診時質問票（裏）

現在の子育ての様子について。 ※⑥以外は、いくつでも選んで下さい。

① お子さんの世話をしている人はどなたですか。

母 父 母方の祖父母 父方の祖父母 その他

② 子育てに協力してくれる人はいますか。

いない 母 父 母方の祖父母 父方の祖父母 友人
近所の人 保育所等（施設名： _____）

③ 現在の生活で困っていることはありますか。

なし 家族（ _____ ）の病気や介護 家族関係 離婚
経済不安 転居 お子さんのきょうだいのこと 子育ての悩み その他

④ 困っている時に相談できる人はいますか。

いない 母 父 母方の祖父母 父方の祖父母
友人 近所の人 保育所等（施設名 _____） 保健師 その他

⑤～⑨については、お子さんのお母さんがお答え下さい。

[産後しばらく]

⑤ 今回の妊娠・出産は、どんな気持ちでしたか。

うれしかった 苦しかった 思っていたのと違った
その他（ _____ ）

⑥ お産の後、気分が沈んだり涙もろくなったり、何もやる気になれないことがありましたか。

なし なんともいえない あり（どんな _____ 時期 _____）

[現在]

⑦ あなたの身体の調子はいかがですか。

よい よくない 疲れやすい 眠れない 食欲がない
その他（ _____ ）

⑧ あなたの気分はいかがですか。

よい よくない 気がめいる なんとなく不安 気力がない
孤独を感じる その他 _____

⑨ お子さんとの生活はどのようにかんじますか。

楽しい 親になってよかった 充実している たいへん
イライラする 自分の時間が無く苦痛 不安が多い（どんな _____）
イメージとのギャップが大きい その他（ _____）

心配なこと、困っていること、ご相談がございましたら、ご記入下さい。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
ウエストキッズクリニック