

1か月児健康診査問診票

受診日 20 年 月 日

児 氏 名	男 女	記入者 氏 名
生年月日 20 年 月 日		在胎週数()週 出生時() 体重(g)
1	母乳・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	大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることありますか。	(はい・いいえ)
4	母乳やミルクを飲む時、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	お子さんの便の色は便色カードの何番ですか	番
7	あなたの顔をじっとみつめることができますか。	(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。	(いいえ・はい)
10	現在、同居者で喫煙をしている人はいますか。	(いいえ・はい)
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	抱っこひもから転落しないよう、またベビーベッドの隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。ベッドやソファーに寝かせると転落の危険性があるのをご存知ですか。	(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	お子さんを、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。	(いいえ・はい・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、協力し合って家事・育児をしていますか。	(そう思う・そう思わない・どちらともいえない)
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。	(ゆとりがある・普通・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らない、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も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)
26	質問や相談したいことはありますか。あれば下記欄に記入ください。	(いいえ・はい)