

※ 見本のため
赤字で記入しています

〒520-2315
野洲市辻町 433-1
野洲市健康推進課 母子保健担当
TEL : 077-588-1788
FAX : 077-586-3668

お子さんの体調や生活についてお尋ねします。あてはまる所を○で囲んでください。
記入後は、同封の返送用封筒にて返送ください。

記入日 (年 月 日) 月 日

記入者 () (電話番号 :)

日中つながる電話番号をお願いします

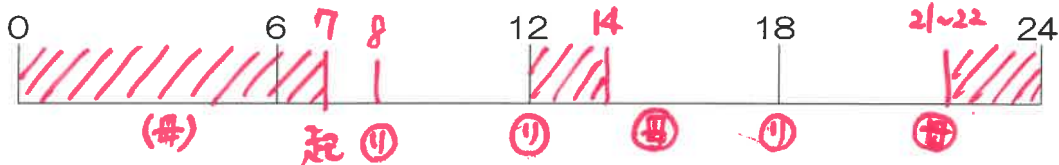
◆お子さんについて質問します

1. 現在通院中の病気がありますか (いいえ ・ はい) : 病気の名前・いつ・病院名 アトピー性皮膚炎 R2年7月~ OO病院
2. 目に関して心配なことがありますか (いいえ ・ はい) : 内容 目が赤みでる
・ 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか (いいえ ・ はい)
・ 瞳が白く光って見えることはありますか (いいえ ・ はい)
3. 耳に関して心配なことがありますか (いいえ ・ はい) : 内容 _____
4. ささやき声で振り返りますか (はい ・ いいえ)
5. 外の色々な音に見回したり関心を示しますか (はい ・ いいえ)
6. 音楽や歌を歌ってやると手足を動かして喜びますか (はい ・ いいえ)
7. どんな遊びが好きですか (内容: 積木を積みまわす) _____
8. はいはいをしますか (はい ・ いいえ)
どんなはい方をしますか: ずりばい・四つばい・高ばい・その他 ()
9. つたい歩きをしますか (はい ・ いいえ)
まだの場合: ①つかまらせるとしばらく立っている、②自分でつかまり立ちをする
10. 一人で座ることができますか (はい ・ いいえ)
11. お母さんの後を追いますか (はい ・ いいえ)
12. 人見知りをしますか (例: 知らない人が来たとき泣く、相手の顔をじっとみる、抱かれることを拒否する等)
(はい 6 か月~ ・ いいえ)
13. 指でさして教えると、そちらの方向をみますか (はい ・ いいえ)
14. 欲しい物、行きたい所など手を出して訴えますか (はい ・ いいえ)
15. 今までできていたことができなくなったことはありますか (いいえ ・ はい) _____
16. 最近、どんな声を出していますか(例: パパ、マンマン等) ダッダッ
17. 歯は、何本はえていますか (8 本) お手入れ (有) : 方法 歯ブラシ ・ 無)
18. 離乳食の回数 (3 回/日) あてはまるものに○をしてください
・ 主食の形態 (全粥 ・ 軟飯 ・ 米飯) (量: 80g / 2回 菜のみ1杯)
・ 食事内容 (野菜・魚・肉・卵・大豆製品・乳製品) (量: 80-90g / 2回 菜のみ半分くらい)
・ 味付け (有 だし、しょうゆ ・ 無)

裏面に続きます ⇒

19. 授乳方法 ①母乳 ②混合 ③ミルク (回/日、 cc× 回/日)
20. 母乳・ミルク以外の飲み物をあげていますか (いいえ ・ はい : 内容 量)
21. 手づかみで口へ運びますか (はい ・ いいえ)
22. コップの練習をしていますか (はい ・ いいえ)
23. 便の回数 (1~2日に 1回)
24. お子さんの体重は母子健康手帳の発育曲線グラフ内にありますか (はい ・ いいえ)
分かれれば、最近の体重をご記入ください (計測値: kg、計測日: △月 △日)
25. 就園されていますか (はい 園 ・ いいえ)
26. 一日の生活リズムを教えてください〔寝ている所は斜線、授乳(母乳^母・ミルク^乳・離乳食^食)等〕

別添①を参考にしてください



27. かかりつけの病院・診療所はありますか (はい : どこ △△ 74ニック ・ いいえ)

◆保護者の方について質問します

- あてはまるものに○をしてください
(①勤め、 ②育休中 (23年 3月までの予定)、③自営業、④その他 ()、⑤なし)
- 体調はいいですか (はい ・ いいえ)
- 毎日の生活や育児を楽しくやっていますか (はい ・ いいえ)
- 子育てでイライラすることはありますか (いいえ ・ はい) 寝つきが悪い
- 育児に協力してくれる人はいますか (はい : 誰 夫・実母 ・ いいえ)
- 相談相手はいますか (はい : 誰 友人 ・ いいえ)
- 育てにくさを感じますか (いいえ ・ はい) よく泣く

◆股関節について質問します

- ・家族(血のつながりがある方(祖父母や伯父叔母等も含む))で先天性股関節脱臼や股関節開排制限のある方はいますか

(いいえ ・ はい : 誰 母・先天性股関節脱臼)

別添②参照

※その他、心配なこと、気になっていることがありましたらご記入ください。

寝つきが悪いこと

- ◆個別相談をご希望の方は○をつけてください。(電話 ・ 来所 ・ その他)

～心配なことやご不明な点がありましたら健康推進課(077-588-1788)まで連絡ください～

※この「おたすね票」をご返送いただいた後、必要に応じて保健師等がご連絡させていただく場合がありますので、ご了承をお願いいたします。