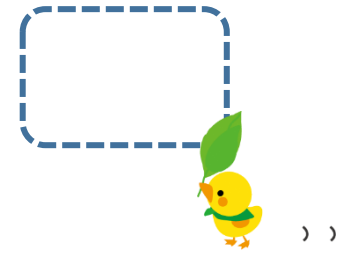


★乳幼児健診までに記入してください。当日、お預かりさせていただきます。



4 か月児健診問診票

名前（ふりがな） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ） 記入者 \_\_\_\_\_

生年月日（月齢） 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ か月） 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

◆お子さんについて質問します

1. 心配なこと、気になっていることがありましたら書いてください

[Dashed-line box for writing answers to question 1]

2. 今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気  
（病気の名前・いつ・病院名など）

[Dashed-line box for writing answers to question 2]

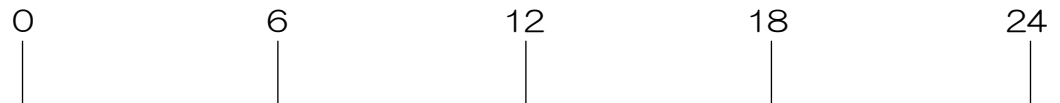
- 3. 湿疹がある ( いいえ ・ はい )
- 4. アレルギーがある ( いいえ ・ はい )
- 5. ひきつけを起こしたことがある  
( いいえ ・ はい : \_\_\_\_\_ 回、 有熱/無熱 )
- 6. 動く人や物を目で追っている ( はい ・ いいえ )
- 7. 瞳が白く光って見える ( いいえ ・ はい )
- 8. 音のする方へ顔を向ける ( はい ・ いいえ )
- 9. 首がすわっている ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 ) ( はい ・ いいえ )



- 10. あお向きから横向きに半分寝返る ( はい ・ いいえ )
- 11. あお向けで両手を合わせる ( はい ・ いいえ )
- 12. ガラガラ等をもたせるともつ ( はい ・ いいえ )
- 13. 「イナイナイバー」等あやすと笑う  
また声を出しかえす ( はい ・ いいえ )

◆お子さんの生活について質問します

- 1. 現在の授乳の状況について、あてはまる番号に○をしてください  
①母乳 ②混合 ③ミルク ( \_\_\_\_\_ 回/日、 ccX \_\_\_\_\_ 回/日)
- 2. その他に与えているものはありますか  
( はい ・ いいえ : 内容 \_\_\_\_\_ ・量 \_\_\_\_\_ )
- 3. 便の回数 ( \_\_\_\_\_ 回/日)
- 4. 一日の生活リズム  
〔寝ている所は斜線、授乳（母乳Ⓜ・ミルクⓃ）等〕



裏面に続きます ⇒

◆保護者の方について質問します

1. 体調はいいですか ( はい ・ いいえ )
2. 毎日の生活や育児を楽しくやっていますか ( はい ・ いいえ )
3. 子育てでイライラすることはありますか ( いいえ ・ はい )
4. 育児に協力してくれる人はいますか ( はい ・ いいえ )  
それは誰ですか ( )
5. 相談相手はいますか ( はい ・ いいえ )  
それは誰ですか ( )
6. 育てにくさを感じますか ( いいえ ・ はい )

◆お子さんと保護者の方の生活状況について質問します

1. あてはまるものに○をしてください  
①勤め  
②育休中 ( 年 月までの予定)  
③自営業  
④その他 ( )  
⑤なし
2. 保育園の通所 ( 無 ・ 有 ) 保育園/こども園
3. かかりつけの病院はありますか ( はい ・ いいえ )  
それはどちらですか ( )

4. 同居の方でタバコを吸う人はいますか ( いいえ ・ はい : 誰 \_\_\_\_\_ 本/日 )
5. 同居の方でお酒を飲まれる方はいますか ( いいえ ・ はい : 誰 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ )



◆股関節について質問します

1. 股関節脱臼に関して心配なことはありますか ( いいえ ・ はい )
2. 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 \_\_\_\_\_ )
3. お子さんの性別 ( 男 ・ 女 )
4. 出産時の胎位 ( 頭位 ・ 骨盤位 ・ その他 )

～心配なことやご不明な点がありましたらお気軽にスタッフまでお声掛けください～