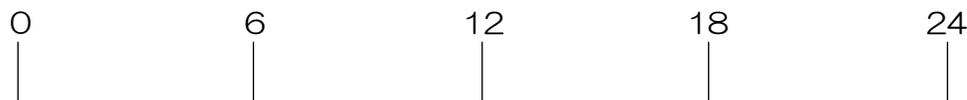


3. おやつ (①時間を決めて ・ ②要求時)
 よく食べるおやつ ()
 飲み物 ()
4. 食欲 (有 ・ 無)
5. 食事の好き嫌い (無 ・ 有 : 何_____)
6. 食事は家族と一緒に食べていますか (はい ・ いいえ)
7. 母乳 (無 ・ 有 いつ_____回数_____)
8. 哺乳びんの使用 (無 ・ 有)
 内容(フォローアップミルク・牛乳・その他_____)
9. スプーンやフォークを使う (はい ・ いいえ)
10. コップや茶わんで飲める (はい ・ いいえ)
11. 便の回数 (_____ 回/日)
12. 一日の生活リズム
 [寝ている所は斜線、食事⑤、保育園⑥等]



◆保護者の方について質問します

1. 体調は良いですか (はい ・ いいえ)
2. がん検診を受けていますか (はい : 乳がん/子宮頸がん ・ 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)
 その時どのように対処・発散していますか ()
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. 子育てで悩んだときに相談できる人はいますか (はい ・ いいえ)
 それは誰ですか ()
6. 育てにくさを感じますか (感じない ・ 時々感じる ・ いつも感じる)
7. 「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人にお聞きします。
 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。 (はい ・ いいえ)
8. ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がありますか (はい ・ いいえ)

◆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 無 ・ 有 : 自営業 ・ その他 ()
 ②育休中 (_____ 年 _____ 月までの予定)(父・母)
 ③その他 ()
2. 保育園の通所 (無 ・ 有 _____ 保育園/こども園)
 有 → (園での様子: _____)
3. かかりつけの小児科はありますか (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_____)

◆子育て支援について質問します

1. 今後も、野洲市で子育てしていきたいですか (はい ・ いいえ)

<歯科衛生士に相談したいこと>

のりしろ