

2. 離乳食の回数 (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)
 ・食事内容(野菜・魚・肉・卵・大豆製品・乳製品・小麦) (量)
 ・味付け (有 _____ ・ 無)
3. 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)
4. 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)
5. 手づかみで口へ運びますか (いいえ ・ はい)
6. コップの練習をしていますか (いいえ ・ はい)
7. 便の回数 (回/日)

◆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. 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)

◆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 _____)

◆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 _____)

< 歯科衛生士に相談したいこと >

の
り
し
ろ