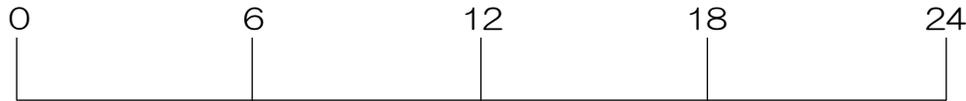


8. 脱衣 (できる ・ できない)
9. 日中おしっこを自分でする (はい ・ いいえ)
10. 夜尿 (ある・ときどき・ない) おむつ (無・有・ 〈 昼・夜 〉)
11. 哺乳びんの使用 (無 ・ 有)
 内容 (フォローアップミルク・牛乳・その他_____)
 時間 (寝る前・その他_____)
12. 母乳 (無 ・ 有 いつ_____ 回数_____)
13. 指しゃぶり・おしゃぶり (無 ・ 有)
14. 便の回数 (_____ 回/日)
15. 一日の生活リズム
 [寝ている所は斜線、食事⑤、保育園⑥等]



◆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)
3. 毎日の生活や育児を楽しくやっていますか (はい ・ いいえ)
4. 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 (_____)
5. 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 (_____)
6. 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 (_____)

7. 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)
8. 「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)
9. 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. 園の通所 (無 ・ 有 _____ 保育園/こども園/幼稚園)
 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>

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