

3か月児健康診査アンケート

()内には内容をご記入ください
裏面もご記入ください

ご記入いただいた内容(個人情報)は西条市の個人情報保護方針に基づき適切に取り扱います。
お子さんの健やかな成長・発達支援のために、健診結果等について、保育園等の関係機関と連絡を取り合う場合があります。
このことについて 同意します 同意しません

フリガナ お子さんの 名前	男・女 (第 子)		生年月日	年 月 日
住所	西条市		電話番号	
母の名	職業()	父の名	職業()	主な保育者 (父・母)
既往歴	大きな病気()・現在治療中の病気 なし・あり()			
1	首はすわりましたか	1. はい()か月	2. いいえ	
2	あやすとよく笑いますか	1. はい()か月	2. いいえ	
3	動くものを目で追いますか	1. はい()か月	2. いいえ	
4	見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしますか	1. はい()か月	2. いいえ	
5	ガラガラなど、おもちゃを握りますか	1. はい	2. いいえ	
6	腹ばいにさせると、腕で体を支え頭を持ち上げますか	1. はい	2. いいえ	
7	あお向きから横向きに半分寝がえりますか	1. はい	2. いいえ	
8	両手を合わせて遊びますか	1. はい	2. いいえ	
9	手やおもちゃを口に持っていき、なめたりしますか	1. はい	2. いいえ	
10	目つきや目の動きがおかしいのではないかと思ったことがありますか	1. ない	2. ある	
11	「アーアー」「ウーウー」など言いますか	1. はい	2. いいえ	
12	体がやわらかく、しっかりしないとか、手足がつっぱってかたいと感じたことがありますか	1. ない	2. ある	
13	お風呂に入れた時、お乳を飲む時、泣いた時に、唇が紫色になることがありますか	1. ない	2. ある	
14	お乳の飲みが少ないと心配したことがありますか	1. ない	2. ある	
15	お乳をしばしば大量に吐くことがありますか	1. ない	2. ある	
16	おなかが異常に大きいと感じたことがありますか	1. ない	2. ある	
17	外気浴をしていますか	1. はい	2. いいえ	
18	育児は楽しいですか	1. はい	2. どちらともいえない	3. いいえ
19	育児に心配がありますか	1. ない	2. どちらともいえない	3. ある
20	育児は疲れますか	1. 疲れない	2. どちらともいえない	3. 疲れる
21	育児について相談する相手がありますか	1. はい	2. いいえ	
22	お父さんは、育児をしていますか	1. よくやっている 2. 時々やっている 3. ほとんどしない 4. 何ともいえない		
23	お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか	1. はい	2. いいえ	3. 何ともいえない
24	産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか	1. はい	2. いいえ	3. どちらともいえない

25	妊娠中、お母さんは喫煙をしていましたか	1. なし	2. あり(1日___本)
26	現在、お母さんは喫煙していますか	1. なし	2. あり(1日___本)
27	現在、お父さんは喫煙していますか	1. なし	2. あり(1日___本)
28	妊娠中、お母さんは飲酒をしていましたか	1. なし	2. あり
29	妊娠中、お母さんは働いていましたか	1. 働いていたことがある	2. 働いていない
30	(設問(29)で、「1. 働いていたことがある」と回答した人に対して、)妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思いますか	1. はい	2. いいえ
31	妊娠中、お母さんはマタニティマークを知っていましたか	1. 知っていた	2. 知らなかった
32	(設問(31)で、「1. 知っていた」と回答した人に対して、)マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか	1. 利用したことがある	2. 利用したことはない
33	子ども医療電話相談(＃8000)を知っていますか	1. はい	2. いいえ
34	お子さんのかかりつけの医師はいますか	1. はい	2. いいえ 3. 何ともいえない
35	生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか	1. はい	2. いいえ
36	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか	1. いつも感じる	2. 時々感じる 3. 感じない
37	(設問(36)で、「1. いつも感じる」もしくは「2. 時々感じる」と回答した人に対して、)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	1. はい	2. いいえ
38	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか あてはまるものすべてに○を付けて下さい	1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した 4. 長時間食事(母乳やミルク)を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. 子どもの口をふさいだ 7. 子どもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない	
39	赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか	1. はい	2. いいえ
40	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか	1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない	
41	その他、心配なことがありますか	1. ない	2. ある()

食事と生活リズムについて次の内容を記入してください

*起床、就寝、昼寝など

午前0時		午後0時	
3時		3時	
6時		6時	
9時		9時	
12時		12時	

