

10か月児健診 質問票

番

●最近の体調について、下記を確認のうえお越してください。
 ※現在、体調は良好である。
 ※乳幼児健診質問票表紙裏面の「安心・安全に乳幼児健診を受診していただくためのお願い」を確認しました。

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日
住所	草津市
電話	自宅： 携帯： (母・父)

家族構成 年 月 日現在(記入者)
 ※本人以外の同居家族全員を記入してください

続柄	氏名	生年月日	就労状況

<主な保育者に○をしてください>

昼	1. 母	2. 父	3. 祖父母	4. その他()
夜	1. 母	2. 父	3. 祖父母	4. その他()

<保育所(園)・こども園等に行っていますか>

1. いいえ	2. はい(名称)
年 月から	

園での様子(心配なこと、相談したいこと等あれば記入してください)

<生活リズムについて>

生活リズムは整っていると思いますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

日頃、機嫌はいいですか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

テレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上見ていますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

夜はよく眠りますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

生活リズムで心配なことがありますか

1. いいえ	2. はい(内容)
--------	------------

1日の平均的な生活リズム 睡眠(斜線)・授乳・食事・おやつ・入浴・園の登降園時間など を記入してください

0	3	6	9	12	15	18	21	24
起床時間 : _____								
就寝時間 : _____								

<遊びについて>

遊び場所がありますか

1. ある(どこで)	2. ない
-------------	-------

散歩など外に出る機会はありますか

1. ある	2. ない
-------	-------

他の子に興味を示しますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

自分の好きなおもちゃで遊びますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

<たばこについて>

同居している人で喫煙者はいますか

1. いいえ	2. はい[父・母・その他()]
--------	-------------------

<栄養について>

食欲はありますか
 食事は何回ですか

1. はい	2. いいえ
1日	回(おやつ以外)
食事内容(中期・後期・完了期)・量	

おやつは食べていますか

1. はい()回	2. いいえ
→おやつの時間は決めていますか	
1. はい()時	2. いいえ

具体的なおやつの内容

1. いいえ	2. はい()
--------	----------

偏食はありますか

母乳またはミルクを飲みますか

1. はい
2. いいえ

母乳	()回/日
ミルク	()回 × ()cc/日

よく飲む飲み物

お茶	()回
ジュース	()回 × ()cc
その他	()

哺乳瓶を使っていますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

コップを使っていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

自分でつかんで食べようとしていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

栄養について心配なことがありますか

1. いいえ	2. はい(内容)
--------	------------

<歯について>

- 現在歯は何本はえていますか
- おとなが仕上げ磨きをしていますか

1. はい
2. いいえ

上 本 / 下 本

1. 毎日する	<input type="checkbox"/> 起床時	<input type="checkbox"/> 朝食後	<input type="checkbox"/> 昼食後
2. 時々する	<input type="checkbox"/> 夕食後	<input type="checkbox"/> 就寝前	<input type="checkbox"/> 間食後
3. 全くしない			

3. 寝かせて磨いていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

4. フッ化物配合歯磨剤を使っていますか

1. はい	2. いいえ
-------	--------

5. 寝る前に母乳やミルク、甘い飲み物を飲みますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

6. 食べ物がいつまでも口の中に残ることがありますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

7. おしゃぶりは使っていますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

8. 歯について心配なことがありますか

1. いいえ	2. はい(内容)
--------	------------

<尿や便について>

おむつは1日何回交換しますか

回 / 日

便は1日何回ですか

回 / 日

尿や便について心配なことがありますか

1. いいえ
2. はい(内容)

<普段の様子について> あてはまるものに○をし、できるようになった月齢も記入してください。 ★※印のところは、記入しないでください。

1. 寝返って腹ばいになりますか	右方向へ	1. する	か月	2. しない	※ 腹→仰 右(+ ・ -) 左(+ ・ -)
	左方向へ	1. する	か月	2. しない	
2. 手をつかず安定しておすわりができますか		1. する	か月	2. しない	※ 側方P 右(+ ・ -) 左(+ ・ -) 座位の形 【べたんこ座り・長座位・その他】
3. おすわり⇄うつぶせの姿勢変換ができますか		1. する	か月	2. しない	
4. つかまらせると立っていますか		1. する	か月	2. しない	★ 立位時の足底(つく・つま先・ー)
5. 自分でつかまって立ちますか		1. する	か月	2. しない	※ 膝立ち(+ ・ -)
6. おなかをつけずにはいはいをしますか		1. する	か月	2. しない	※ ① 四つ這いの形はとる ② ずり這い ③ 高這い (右肘・左肘・両手同時・左右交互) ④ 座位移動 ※ 前下方P 右手(+ ・ -) 左手(+ ・ -)
7. 伝い歩きをしますか		1. する	か月	2. しない	※ 平衡反応 前(+ ・ -) 後(+ ・ -) 右(+ ・ -) 左(+ ・ -)
8. ひとりで歩きますか		1. する	か月	2. しない	
9. 引き出しや箱の中のものを取り出しますか		1. する	か月	2. しない	
10. 積み木をうちあわせしますか		1. する	か月	2. しない	
11. 身ぶり等おとなのまねをしますか		1. する	か月	2. しない	★ バイバイ・バンザイ・拍手 その他()
12. 「ちょうだい」と言うと手に持っているものを渡そうとするしぐさがみられますか		1. する	か月	2. しない	
13. 小さい物を指先だけでつまみますか		1. する	か月	2. しない	★ 右手(ピンチ・はさみ状・熊手状) 左手(ピンチ・はさみ状・熊手状)
14. 視線を合わせますか		1. する	か月	2. しない	
15. 「ワンワンよ」や「ブーブーよ」と言って指さして教えると犬や車の方を見ますか		1. する	か月	2. しない	
16. 最近どんな声を出していますか (例:マンマンマン、パッパッパーなど)	[]				
17. 小さい子どもを見ると喜ぶますか		1. する	か月	2. しない	
18. 人見知りをしますか		1. する	か月	2. しない	
19. 家族等の身近な人の後追いをしますか		1. する	か月	2. しない	
20. 小さな音に振り向きますか (左右とも)		1. する	か月	2. しない	★ 右耳(+ ・ -) 左耳(+ ・ -)

<その他心配なこと、相談したいことがあれば記入してください>

[]

<お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたら記入してください>

例: 健康的な不安・心に悩みをもっている・家事や仕事が忙しい・経済的な不安・パートナーとの関係・祖父母との関係・介護 等

[]

<目に関して>

目に関して気になることがありますか 1. いいえ 2. はい

「はい」と答えた方はどんなことですか

瞳が白色や黄緑色、橙色などに光って見えることがある

目やにや涙が多い 目つきや目の動きがおかしい (その他)

<耳に関して>

耳に関して気になることがありますか 1. いいえ 2. はい

「はい」と答えた方はどんなことですか

テレビの音や戸の開閉の音に興味を示さない

怒った声や楽しい声、歌や音楽などに反応しない

うしろから名前を呼んでも振り向かない (その他)

<出生後、新生児聴覚検査を受けられましたか>

1. はい	検査日	年 月 日	
2. いいえ		結果	異常なし・要再検・その他
3. わからない		要再検	右・左

<ひきつけたことがありますか>

1. いいえ 2. はい (年 月 日) (熱: 有・無)

<今までにかかった病気、定期的に通院中の病気>

1. なし

2. あり (いつ 病名)

<子育てについて>

1. 育児に対する今の気持ちに近いのはどれですか (1つ選んで○をしてください)



2. 育児の相談相手や協力者がいますか

1. はい 誰ですか() 2. いいえ

3. 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

4. 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○をしてください。

<input type="checkbox"/> 1. しつけのし過ぎがあった
<input type="checkbox"/> 2. 感情的に叩いた
<input type="checkbox"/> 3. 乳幼児だけを家に残して外出した
<input type="checkbox"/> 4. 長時間食事を与えなかった
<input type="checkbox"/> 5. 感情的な言葉で怒鳴った
<input type="checkbox"/> 6. こどもの口をふさいだ
<input type="checkbox"/> 7. こどもを激しく揺さぶった
<input type="checkbox"/> 8. 1~7のいずれも該当しない