ご 住 所

(フリガナ)
児 氏 名

生 年 月 日　令和　　年　　月　　日

性　　別　男 ・ 女

バーコード貼り付け位置

職員記入欄　□栄　□歯　□保

体重 □□□□□g　身長 □□.□cm

ご家族について伺います（□の中にレまたは空欄に数字をご記入ください）

1. お子さんと同居しているご家族について□の中にレまたは空欄に数字をご記入ください

□ 父（　　歳 / 職業　　）　□ 母（　　歳 / 職業　　）
□ 兄（　　歳）　□ 姉（　　歳）　□ 父方の祖父　□ 父方の祖母
□ 母方の祖父　□ 母方の祖母　□ その他（　　）

2. 連絡先　　（ 父携帯 / 母携帯 / 自宅 / その他　　）

3. 現在，お子さんのお父さんは喫煙していますか　□ はい（　　本/日）　□ いいえ

4. 現在，お子さんのお母さんは喫煙していますか　□ はい（　　本/日）　□ いいえ

妊娠中から現在までのお子さんについて伺います

5. 妊娠中に異常はありましたか

□ いいえ　□ はい

6. お子さんは生まれたときに異常はありましたか

□ いいえ　□ はい

妊娠期間 □□ 週　出生体重 □□□□g

7. お子さんは生後何日目に退院しましたか

生後 □□ 日目

8. 出生後に新生児訪問を受けましたか

□ はい　□ いいえ

9. 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

□ はい　□ いいえ　□ どちらともいえない

10. 生後 3~6 か月の間で健康診査は受診しましたか

□ はい　□ いいえ

11. 今まで健康診査で要観察と言われたことがありますか

□ いいえ　□ はい　　

12. 現在治療中の病気はありますか

□ いいえ　□ はい　　

13. 首はすわっていますか

□ はい　□ いいえ

14. 寝返りはしますか

□ はい　□ いいえ

15. ひとりでお座りはしますか

□ はい　□ いいえ

16. コップなどを両手でつかみ口へ運びますか

□ はい　□ いいえ

17. 声のする方向に振り向きますか

□ はい　□ いいえ

18. おもちゃに手を伸ばしますか

□ はい　□ いいえ

19. マ・バ・パなどの声を出すことはありますか

□ はい　□ いいえ

20. 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

□ はい　□ いいえ

21. この地域で，今後も子育てをしていきたいですか

□ そう思う　□ どちらかといえばそう思う
□ どちらかといえばそう思わない　□ そう思わない

22. 地域で行われている「母と子のつどい」「子育てサロン」等に参加したことがありますか

□ はい　□ いいえ

23. 予防接種を受けましたか（実施回数を記入）

ヒブ　　回　B 型肝炎　　回　ロタ　　回
肺炎球菌　　回　四種混合　　回　BCG　　回

裏面へつづきます

お子さんの歯・離乳食について伺います

24. お子さんの歯は生えていますか

☐ はい　☐ いいえ

25. 保護者の方がお子さんの歯のお手入れをしていますか

☐ はい　☐ いいえ

26. (Q25 で「はい」の方) どのくらいの頻度で実施していますか

☐ 毎日　☐ 時々

27. 保護者の方はこの 1 年間に歯の健診を受けたことはありますか

☐ はい　☐ いいえ

28. 離乳食を与えていますか

☐ 3 回食　☐ 2 回食　☐ 1 回食　☐ 0 回食

29. どの程度たべますか

☐ よく食べる　☐ むらがある　☐ あまり食べない

30. どんな食品を与えていますか (与えているものにレ)

☐ 穀類（おかゆ，パンがゆ，麺など）

☐ 野菜　☐ 果物　☐ 魚　☐ 肉

☐ 豆腐　☐ 卵　☐ 乳製品　☐ベビーフード

☐ その他 ----------

お子さんを主に育児されている方に伺います

31. 子育ては楽しいですか

☐ はい　☐ どちらともいえない　☐ いいえ

32. お子さんに対して，育てにくさを感じていますか

☐ 感じない　☐ 時々感じる　☐ いつも感じる

33. お子さんをかわいいと思えないときはありますか

☐ 全くそう思わない　☐ あまりそう思わない

☐ 少しそう思う　☐ とてもそう思う

34. あなた自身の気持ちにゆとりがあると思いますか

☐ とてもそう思う　☐ 少しそう思う

☐ あまりそう思わない　☐ 全くそう思わない

35. 気分や体調に当てはまるものはありますか

☐ いずれも該当しない

☐ 疲れやすい　☐ 病気がある　☐ 孤立感を感じる

☐ 眠れない　☐ イライラする　☐ 涙もろい

☐ 毎日ゆううつ　☐ 理由もないのに不安を感じる

36. この数か月の間に，ご家庭で以下のことがありましたか

☐ いずれも該当しない

☐ しつけのし過ぎがあった　☐ 感情的に叩いた

☐ 長時間食事を与えなかった　☐ 感情的な言葉で怒鳴った

☐ 子どもの口をふさいだ　☐ 子どもを激しく揺さぶった

☐ 乳幼児だけを家に残して外出した

37. お子さんのことを相談できる人はいますか（複数回答可）

☐ いる　☐ いない

└ ☐ 配偶者・パートナー　☐ 父　☐ 母

☐ 義父　☐ 義母　☐ 友人　☐ その他

38. 子育てに関して，協力してくれる人はいますか（複数回答可）

☐ いる　☐ いない

└ ☐ 配偶者・パートナー　☐ 父　☐ 母

☐ 義父　☐ 義母　☐ 友人　☐ その他

39. その他，お子さんのことで相談したいことがありましたら ご記入ください

ご記入ありがとうございました

職員記入欄

栄養士：	歯科衛生士：	保健師：
		要 / 終了