

# 4カ月児健康診査質問票

お子さんの名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (保護者の連絡先 (父・母・その他: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_))

生活の様子	主な保育者は誰ですか 昼: 父母・祖父母・その他 ( _____ )										
	夜: 父母・祖父母・その他 ( _____ )										
	睡眠のリズムができていますか はい・いいえ										
	夜に起きなくなりましたか はい・いいえ										
お子さんの1日の生活についてお書きください(起床・就寝時間、哺乳時間など)											
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">0</td> <td style="width: 25%;">6</td> <td style="width: 25%;">12</td> <td style="width: 25%;">18</td> <td style="width: 25%;">24</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> ----- ----- ----- ----- </td> </tr> </table>		0	6	12	18	24	----- ----- ----- -----				
0	6	12	18	24							
----- ----- ----- -----											

食事・排泄	現在の栄養方法	・母乳 _____ 回	お乳を多量に吐くことがありますか	はい・いいえ
		・ミルク _____ cc _____ 回	お乳が鼻からもれたりしますか	はい・いいえ
		・混合 (母乳 _____ 回 ミルク _____ cc _____ 回)		
		・その他 ( _____ を _____ 回) …他に与えているものがある場合		
	便の状態はどうか	_____ 日に _____ 回	かため・ふつう・やわらかめ・下痢ぎみ	

今までかかった病気 ( 無 ・ 有 )	ひきつけ ( 無 ・ 有 回)
病名 _____	いつ頃 _____

目やにや涙が多いですか	.....	いいえ ・ はい
瞳や白くみえますか	.....	いいえ ・ はい
目つきや目の動きがおかしいですか	.....	いいえ ・ はい
おもちゃ・テレビの音・戸の開け閉めの音などに関心をしめしますか	.....	はい ・ いいえ
怒った声ややさしい声・歌・音楽などにいやがったりよろこんだりしますか	.....	はい ・ いいえ
聞きなれた人の声に顔を向けますか	.....	はい ・ いいえ
動くものや人を目で追いますか	.....	はい ・ いいえ
首がしっかりすわっていますか	.....	はい ・ いいえ
いつも同じ方向を向いていますか (向きぐせはありますか) .....	( 右 ・ 左 )	いいえ ・ はい
興味のある方へ仰向けから横向きに半分寝返りますか	.....	はい ・ いいえ
うつぶせにさせたことはありますか (1日に _____ 回 分くらい) .....		はい ・ いいえ
体が硬かったり、抱きにくかったり弓なりにそったりすることはありますか	.....	いいえ ・ はい
左右の指しゃぶり、手しゃぶりはできますか	.....	はい ・ いいえ
仰向けの時に、中央で手を合わせていますか	.....	はい ・ いいえ
あやすと笑いますか	.....	はい ・ いいえ
血縁の方で股関節関連の病気をもっている方はいますか	.....	いいえ ・ はい
心配なことや気になることがありますか	.....	いいえ ・ はい
( _____ )		
お子さんのことで嬉しかったことや感動したことをご記入ください		
( _____ )		