

- ・ 栗東市で4か月児健診を受ける方
  - ・ 栗東市に転入後初めて健診を受ける方
- うらのフェイスシートに記入のうえご持参ください。

♪ 妊娠経過や分娩の状態、出生時の状態、1か月児健診の結果などは、母子健康手帳を参考にご記入ください。

♪ 記入方法についてわからない点がありましたら、空欄のままで結構です。ご協力よろしくお願いします。





次の質問のあてはまる答えに○、または✓をつけてください。

◎目に関して心配なことはありますか。  
目やにや、涙が多い  
目の向きや、目の動きで気になることがある

◎耳に関して心配なことはありますか。  
聞き慣れた人の声に向ける  
優しい声や、歌、音楽などを聞くとき  
玩具、テレビの音、戸の開閉の音などに関心を示す

◎家族や親類の方に、小さい時から耳の聞こえにくい方、聞こえない方がいますか。  
家族や親類の方に、小さい時から耳の聞こえにくい方、聞こえない方がいますか。

◎子ども医療電話相談（#8000）を知っていますか。  
赤ちゃんがどうしても泣きやまない時などに、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、脳に障害が起きること（乳幼児揺さぶられ症候群）を知っていますか。

◎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。  
あやすと笑いますか。  
左右差なく動くものや人を目で追いますか。  
首がしっかりとすりわっていますか。  
向きぐせはありますか。  
興味のある方へ、半分寝返りますか。  
うつぶせにさせていますか。  
いつも体が硬かったり、抱きにくかったり、弓なりにそったりしますか。  
家族の中に、先天性股関節脱臼の方や股関節が硬いと言われた方がいますか。

◎左右の指しゃぶり、手しゃぶりはできますか。  
仰向けで手足を動かしていますか。  
家でオモチャを持たせていますか。  
オモチャを少しの間持ったり、口に入れようとしますか。  
お子さんが泣いている時、何をしてほしいのかだいたいわかりますか。  
今までできていたことが、できなくなったり、ありませんか。

◎育児の相談相手や協力者がいますか。（複数可）  
（配偶者・パートナー・母方父母・父方父母・きょうだい・友人・その他・誰もいない）

◎子育てを楽しんでいますか。  
それはどんな時ですか、具体的に書いてください。

◎子育てをしていて、育てにくさを感じたり、イライラしたり疲れたりすることがありますか。  
それはどんな時ですか、具体的に書いてください。

◎お子さんのことで、特に気になることや、心配なことはありますか。  
具体的な書いてください。

◎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お書きください。  
（健康面の不安、心の悩み、家事や仕事が忙し、経済的な心配、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護など）

病名  
 通院病院  
 けいれんを起こしたことがありますか。（無・有） 回 いくつ頃  
 これまで事故で病院にかかったことがありますか。（無・有） いくつ頃 内容

《今までかかった病気（うまれつきの疾患、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全など）》

お子さんの氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 令和 年 月 日

## 4 か月児健康診査問診票・2 枚中 2 枚目

母子の健康水準を向上させるための様々な取り組みを推進する国民運動計画「健やか親子21（第2次）」に基づく調査として、4 か月児健診を受診された保護者を対象に問診の質問項目が追加されました。これらの質問項目は、国に報告する際は個人が特定されないようデータを集計し報告します。一部、4 か月児健診問診票・1 枚目、2 枚目の内容と重複している質問事項もありますが、ご協力をお願いいたします。

1. 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. どちらとも言えない
-------	--------	--------------

2. 妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。

1. なし	2. あり
-------	-------

→ 1日 本

3. 妊娠中、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていましたか。

1. なし	2. あり
-------	-------

→ 1日 本

4. 現在、お子さんのお母さん（パートナー）は喫煙をしていますか。

1. なし	2. あり
-------	-------

→ 1日 本

5. 現在、お子さんのお父さん（パートナー）は喫煙をしていますか。

1. なし	2. あり
-------	-------

→ 1日 本

6. 妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。

1. なし	2. あり
-------	-------

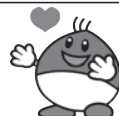
7. この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。

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

8. お子さんのお母さんとお父さん（パートナー含む）は、協力し合って、家事・育児をしていますか。

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

うらの項目にも記入のうえご持参ください。





繋がりにやすい電話番号

保護者の氏名

がご連絡させていただきます。

以上の問診項目について相談を希望される方は、下記にご記入ください。後日、保健師

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 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. 1～7のいずれも該当しない |

をしてください。

12. 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○

- |       |        |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|

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。

「2. 時々感じる」もしくは「3. いつも感じる」と答えた方は、育てにくさを感じた時に、

- |         |          |           |
|---------|----------|-----------|
| 1. 感じない | 2. 時々感じる | 3. いつも感じる |
|---------|----------|-----------|

11. 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. はい | 2. いいえ | 3. 何ともいえない |
|-------|--------|------------|

10. 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 |
|-------|--------|------------|

9. あなた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。