

お子さんの名前	
住 所	町
生年月日	年 月 日
電話番号	

主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。 記入した人（ ） 子どもの月齢 か月 日

一般状態	生活リズム	主な保育者		昼	母・父・祖母・その他（ ）								夜	母・父・祖母・その他（ ）							
		睡眠・食事・おやつ・あそびについて記入してください。																	機嫌（よい・よくない）		
	0 6 12 18 24 																	睡眠（よい・よくない）			
																		起床時刻 時 分			
																		就寝時刻 時 分			
	生活リズムは整っていますか。（はい ・ いいえ ・ どちらとも言えない）																				
食事・栄養	離乳食		回	食欲（有・無）		離乳食の開始時期		か月													
	食べたことのある食材に○をつけてください。 （米・パン・野菜・豆腐・白身魚・赤身魚・青背魚・鶏肉・豚肉・牛肉・卵・乳製品・果物・海藻）																				
	おやつ		回	種類・量（ ）																	
	飲み物		回	種類・量（ ）		コップを使っていますか		（はい・いいえ）													
	母乳		回	自分でつかんで食べようとしますか（はい・いいえ）																	
	ミルク		mℓ	回	じんましんや、湿疹の出る食べ物がありますか （無 ・ 有）（ ）																
																		歯は生えていますか （はい（ か月から）・いいえ）			
																		歯みがきの方法は （ ）			
排泄		便		回／	性状（よい・気になる）		オムツ交換の回数		回												
今までにかかった病気		(無・有)		病名		いつ頃															
		けいれん（ひきつけ）		(無・有 回)		耳鼻科の病気（無・有		か月）													
現在の病気		(無・有)		病名		いつから		かかっている病院名													
あなたのお子さんについて、次の質問のそれぞれにどちらかあてはまる方の答えに○をつけてください。																					
◎目に関して心配なことはありますか。 (いいえ・はい)																					
・腫が白く見えますか。(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)																					
・目やにや、涙が多いですか。(いいえ・はい)																					
◎出生時の体重を教えてください。(g)																					
◎光線療法を受けていましたか。(いいえ・はい)																					
(「はい」の場合、48時間以上でしたか。) (いいえ・はい)																					
◎ご家族や血縁者に遺伝性の難聴の方はおられますか。(いいえ・はい)																					
◎中耳炎になったことはありませんか。(いいえ・はい)																					
(「はい」の場合、治療は済んでいますか。) (はい・いいえ)																					
◎耳に関して心配なことはありますか。(いいえ・はい)																					
・今回の妊娠で風しん、梅毒、サイトメガロ等の感染症にかかれたことはありませんか。(いいえ・はい)																					
・聞こえていないのではないかと感じることはありませんか。(いいえ・はい)																					
・外のいろいろな音（車の音、雨の音など）に見回したりなどの関心を示しますか。(はい・いいえ)																					
・気づかれないようにして、そっと近づいて、ささやき声で名前を呼ぶと振り向きませんか。(はい・いいえ)																					
・音楽や歌を歌ってやると、手足を動かして喜びますか。(はい・いいえ)																					
・お子さんのお母さんなど周りの人の声を聞いて真似て声を出しますか。(はい・いいえ)																					
・マンマンマン、ババババ、ナンナンナンなどの声を出しますか。()																					
具体的に書いてください()																					
・「おいで」「バイバイ」など人の言葉（身振りを入れずに言葉だけで命じて）に応じて行動しますか。(はい・いいえ)																					

※裏面もご記入ください

◎はいはいをしますか。 (はい か月頃から・いいえ)
 ・どんなはい方をしていますか。○をつけてください。 (ずりばい、4つばい、高ばい、その他)

◎人に向かってはいはいをするようになったのはいつ頃ですか。 (か月)

◎お座りがひとりでできますか。 (はい か月頃から・いいえ)

◎つかまり立ち(テーブルにつかませたとき30秒～1分立つ)をしますか。 (はい か月頃から・いいえ)

◎つたい歩きをしますか。 (はい か月頃から・いいえ)

◎引出しや箱の中の物を取り出しますか。(ティッシュペーパー等) (はい・いいえ)

◎指先で小さな物をつまみますか。(小鈴等) (はい・いいえ)

◎バイバイ、チョチチョチなど簡単な身振りの真似をしますか。(くしを使う等母と同じように使う真似をする) (はい・いいえ)

◎指で指して教えるとそちらの方を見ますか。 (はい・いいえ)

◎今までできていたことができなくなったことはありますか。 (いいえ・はい)

◎知らない人に対して、家族や親しい人とはちがう態度を示しますか。 (はい・いいえ)
 (たとえば、泣く、はにかむ、じっと相手を見る等)

◎お子さんのお母さんあるいは主に育てている人の後を追いますか。 (はい・いいえ)

◎兄弟や近所の子どもをみると喜びますか。 (はい・いいえ)

◎名前を呼ぶと反応しますか。 (はい・いいえ)

◎現在保育園やこども園に通っていますか。または通う予定がありますか。
 (いいえ・はい→園名 予定の場合 年 月～)

◎子育てを楽しんでいますか。

たのしい	まあまあ	楽しくない
------	------	-------

◎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)

◎育てにくさを感じた時、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。 (はい・いいえ)

◎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。

1. しつけのしすぎがあった	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. いずれも該当しない	

◎育児をしていてイライラしたり、つらいと感じることがありますか。
 (よくある・ある・時々ある・ほとんどない・ない)

◎子育てに困った時に相談できる人や場所がありますか。
 (いいえ・はい 人や場所 ())

◎地域の子育て支援の場を利用したことがありますか。利用した場に○をしてください。
 (はい・いいえ)
 (子どもセンター・子育て支援センター・園庭開放・その他 ())

◎お子さんのお母さん、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、経済的な心配、
 パートナーとの関係、祖父母との関係、介護]

◎現在喫煙をしていますか。 母 (なし・あり) 父 (なし・あり)

◎特に気になることや心配なことはありますか。 (いいえ・はい)
 具体的に書いてください ()