

お子さんの名前	
住 所	町
生年月日	年 月 日
電話番号	

4か月児アンケート（1）

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	主な保育者	昼	母・父・祖母・その他（ ）	夜	母・父・祖母・その他（ ）
	生活リズム	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。 （よくやっている・時々やっている・ほとんどしない・何とも言えない）			
		家庭の生活時間と併せて哺乳時間も書いてください。 0 6 12 18 24 			
		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） 起床時刻 時 分 就寝時刻 時 分			
食事・栄養	今までの栄養（1か月時点）母乳・混合・ミルク（2か月時点）母乳・混合・ミルク（3か月時点）母乳・混合・ミルク				
	お乳を良く飲みますか。（はい・いいえ）				
	栄養方法 1. 母乳 回 2. 混合（母乳 回／ミルク ml 回） 3. ミルク ml 回 その他の水分 回数 回 内容・量（ ）				
	吐乳はありますか（いいえ・はい） お乳が鼻からもれたりしますか（いいえ・はい） 授乳や離乳食について不安がありますか（いいえ・はい 内容 ） 食物アレルギーについて不安はありますか（はい・いいえ）				
排泄	便は毎日でていますか（はい・いいえ） 便 回／ 日 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 izzoo けいれん（ひきつけ）（無・有 回） 風邪にかかったらすぐゼコゼコいう（いいえ・はい）				
現在の病気	（無・有） 病名 izzoo かかっている病院名				
かかりつけ医	（無・有・何とも言えない） 病院名				
次の質問のそれぞれにあてはまる方の答えに○をつけてください。					
妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。（なし・あり 1日 本）					
妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。（なし・あり）					
妊娠後、食習慣や運動習慣、生活リズムなどの生活習慣を改善しましたか。（はい・いいえ）					
妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。（知っていた・知らなかった） （知っていたと回答した人）					
マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか。（利用したことがある・利用したことはない）					
妊娠期に必要な情報を入手できましたか。（はい・いいえ）					
お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。（働いていたことがある・働いていない） （働いていたことがあると回答した人）					
妊娠中、仕事を続ける事に対して職場から配慮をされたと思いますか。（はい・いいえ）					
妊娠期にお父さんは協力してくれたと感じますか。（はい・いいえ・どちらとも言えない）					
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・どちらとも言えない）					
妊娠・出産について満足していますか。（はい・いいえ・どちらとも言えない）					
現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。（なし・あり 1日 本）					
現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。（なし・あり 1日 本）					
同居者で妊娠をきっかけに禁煙をされた方はいますか。（はい・いいえ・喫煙者はいない）					
◎目に関して心配なことはありますか。（いいえ・はい）					
・目やにや、涙が多いですか。（いいえ・はい）					

・瞳が白くみえますか。	(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)
◎耳に関して何か心配なことはありますか。	(いいえ・はい)
・玩具、テレビの音、楽器の音、戸の開閉の音などに関心を示しますか。	(はい・いいえ)
・怒った声や、優しい声、歌、音楽などに嫌がったり、喜んだりしますか。	(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) (か月から)
◎動くものや人を目で追いますか。	(はい・いいえ) (か月から)
◎首がしっかりすわっていますか。	(はい・いいえ) (か月から)
◎むきぐせはありますか。(右・左)	(ない・ある)
◎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。	(はい・いいえ)
(具体的に1日の回数、時間、状況) 1日 回、時間 状況	
◎うつぶせにさせると、腕でからだを支え頭を持ち上げますか。	(はい・いいえ)
◎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)
◎体が硬かったり、抱きにぐかったり、弓なりにそったりすることはありますか。	(いいえ・はい)
◎おむつ交換の時などに股関節の開きが悪いと感じることはありますか。	(いいえ・はい)
◎太もものしわに左右差はありますか。	(いいえ・はい)
◎さかご(骨盤位)での出産でしたか。	(いいえ・はい)
◎お子さんのお父さん、お母さん、祖父母、きょうだい等親族で、股関節に病気がある人はありますか。	(いいえ・はい(はいの場合、具体的に誰ですか。))
◎手指を開いていることが多いですか。	(はい・いいえ)
◎左右の指しゃぶり、手しゃぶりはできますか。	(はい・いいえ)
◎両手を合わせて遊びますか。	(はい・いいえ)
◎家でおもちゃを持たせていますか。	(はい・いいえ)
・少しの間持っていますか、口に入れようとしますか。	(はい・いいえ)
◎あやすと笑いますか。	(はい・いいえ) (か月から)
◎おかしな動きだと思ふことはありますか。	(いいえ・はい)
(はいと回答した方は具体的にお書きください。)	()
◎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)
◎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.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に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)	
◎お子さんのお母さんは、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。	(はい・いいえ・何とも言えない)
◎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	
◎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
◎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. どちらかと言えばそう思う 3. どちらかと言えばそう思わない 4. そう思わない	
◎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。()	
◎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]	
◎赤ちゃんがどうしても泣き止まない時などに、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。	(はい・いいえ)
◎子ども医療電話相談(#8000)を知っていますか。	(はい・いいえ)

4か月児アンケート（2）

4か月児健診時にご持参ください

＜記入上のお願い＞

この4か月児アンケート（2）は現在子育てをおこなっている方がお答えください。

お子様の名前（ ）

記入者の名前（ ）

屋間の養育者（母・父・祖母・その他（ ））

あなたの健康についておたずねします。

◎ あなたの体調はいかがですか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 よい 2 疲れやすい 3 眠れない 4 食欲がない 5 よくイライラしている
6 その他（ ）

育児についておたずねします。

◎ お子さんが生まれてから、1週間以上はなれて暮らしたことがありますか？

あてはまるものに○をつけてください。

- 1 ない
2 ある（あかちゃんが小さかったので・あなたの体調が思わしくなくて・その他）

◎ 育児について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 いつも育児に自信がもてない
2 育て方がわからない（授乳、入浴、オムツ交換、泣いている時の対処法、あやし方、抱き方、
その他〔 〕）
3 上の子への対応（赤ちゃん返り・落ち着きがない・言葉の遅れ・乱暴・その他（ ））
4 子を持つ親同士の付き合いが苦手なこと 5 親族からの干渉
6 その他（ ）

あなたを支えてくれる協力者についてお聞きします。

◎ あなたが悩んでいるときに相談にのってくれる機関や人はいますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 配偶者 2 友人 3 自分の親やきょうだい 4 配偶者の親やきょうだい
5 近所の人 6 かかりつけ医 7 保育園・幼稚園 8 子ども家庭相談センター
9 電話相談 10 行政の保健師 11 インターネット 12 誰もいない 13 その他（ ）

◎ あなたが困っているときに協力をお願いできる機関や人はいますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 配偶者 2 友人 3 自分の親やきょうだい 4 配偶者の親やきょうだい
5 近所の人 6 民間のサービス 7 保育園・幼稚園 8 行政サービス 9 誰もいない
10 その他（ ）

◎ 育児支援サービス（子どもセンター・子育て支援センター・幼稚園保育所園庭開放・つどいの広場など）について。一番近いもの一つに○をつけてください。

- 1 活用している（具体的な内容 ）
2 すすんで活用したい 3 必要があれば考える
4 活用したくない（理由 ）

あなた自身のことについてお聞きします。

◎ あなた自身は、子どものころから愛情をうけて育ったという実感がありますか。

一番近いもの一つに○をつけてください。

- 1 ある 2 なんとなくある 3 あまりない 4 ない

ご協力ありがとうございました。