

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 <table border="1"> <tr> <td>昼</td> <td>母・父・祖母・その他 ( )</td> <td>夜</td> <td>母・父・祖母・その他 ( )</td> </tr> </table>	昼	母・父・祖母・その他 ( )	夜	母・父・祖母・その他 ( )
	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	機嫌 (よい・よくない) 睡眠 (よい・よくない) 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)				
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 izzozoo 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 いつから 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・ケアは十分に受けられましたか。 (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) ( 月から)

◎動くものや人を目で追いますか。 (はい・いいえ) ( 月から)

◎首がしっかりすわっていますか。 (はい・いいえ) ( 月から)

◎お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)

◎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) ( 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)

