

# 3~4か月児健康診査票

健康診査日

年

月

日

(月齢

か月

日)

※ 太枠内を記入し、健診時お持ちください

_____ 地区	付添者 ( 母・父・祖父母・その他 )
お子さんの氏名 _____ (男・女)	記入者 ( 母・父・祖父母・その他 )
住んでいる所 _____	連絡先 ( _____ ) _____

◎家族構成を記入ください。

続柄	氏名	年齢	職業等	健康状態	続柄	氏名	年齢	職業等	健康状態
				健・病 ( )					健・病 ( )
				健・病 ( )					健・病 ( )
				健・病 ( )					健・病 ( )
				健・病 ( )					健・病 ( )
				健・病 ( )					健・病 ( )

◎ 赤ちゃんのことについてお答え下さい

○ 日中の主な保育者 (母・父・祖父母・保育所 ( )・その他 ( ))			
○ 夜間の主な保育者 (母・父・祖父母・保育所 ( )・その他 ( ))			
○ 抱いているとき、首は座っていますか。	はい	か月頃	いいえ
○ 手やおもちゃを口にもっていき、なめたりしますか。	はい		いいえ
○ 動くものを目で追いますか。	はい	か月頃	いいえ
○ 目つきや目の動きが、おかしいと思ったことがありますか。	いいえ		はい
○ 瞳が白く見えたり、光って見えますか。	いいえ		はい
○ 視線が合いますか。(目をよく見つめ合いますか)	はい		いいえ
○ 見えない方から声をかけるとそちらを向きますか。	はい		いいえ
○ あやすと声を出して笑いますか。	はい		いいえ
○ 「アーアー」「ウーウー」などの声を出しますか。	はい	か月頃	いいえ
○ 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	いいえ		はい
○ お子さんのかかりつけの医師はいますか。	はい	いいえ	何ともいえない
○ 生後 1 か月時の栄養法はどうですか。	母乳	人工乳	混合
○ 現在の栄養法はどうですか。	・母乳のみ ( _____ 回)	・ミルクのみ ( _____ cc 回)	・混合 (母乳 _____ 回、ミルク _____ cc 回)
○ 飲み方はどうですか?	良い		悪い
○ 母乳、ミルク以外に与えているものはありますか	はい		いいえ
○ 排便は何回ですか?	_____ 日	_____ 回	
○ 外気浴 (散歩) はしていますか。	はい ( _____ 分)	いいえ	

○お子さんとお母さんの生活リズムを記入してください



子の生活リズム	(睡眠・母乳・ミルク・散歩など)
_____	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	
母の生活リズム	(起床・食事・帰宅・睡眠・仕事など)
_____	

- これまでに受けた予防接種に○をしてください。
- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Hib (1回目・2回目・3回目)  | 2. 小児肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目) |
| 3. B型肝炎 (1回目・2回目)     | 4. ロタウイルス (1回目・2回目・3回目) |
| 5. 4種混合 (1回目・2回目・3回目) |                         |

**◎お父さん・お母さんのことについてお答え下さい**

○ お母さんの体調は良いですか。	はい	いいえ	どちらともいえない		
○ お子さんのいる生活に慣れましたか。	はい	いいえ	どちらともいえない		
○ 育児は楽しいですか。	はい	いいえ	どちらともいえない		
○ 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	何ともいえない		
○ お子さんをよく抱くほうですか。	はい	いいえ	どちらともいえない		
○ お子さんの泣いている理由はわかるようになりましたか。	はい	いいえ	どちらともいえない		
○ 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	
⇒上記で「1. いつも感じる」もしくは「2. 時々感じる」と回答された方にお聞きします。 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		
○ この数か月の間に、ご家庭で右記のことがありましたか。 あてはまるものすべてに○を付けて下さい。	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. いずれも該当しない				
○ イライラしてしまうことがありますか。	いいえ	はい	どちらともいえない		
○ お母さんのストレスは解消できていますか。	はい	いいえ	どちらともいえない		
○ お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	1. よくやっている		2. 時々やっている	3. ほとんどしない	4. 何ともいえない
○ 育児に協力してくれる人はいますか。	はい(祖父母・友人・その他)			いいえ	
○ 育児のことで心配なとき、相談する人はいますか。	はい(父・母・祖父母・友人・その他)			いいえ	
○ どのような子に育てて欲しいですか？ (自由記載)					

**◎ 相談内容について希望するものに○印をつけてください**

- ・特になし ・身体発育 ・予防接種 ・食事 ・口の中のこと ・子育てについて ・その他
- 具体的な内容

( ..... )

( ..... )

( ..... )

担当者 保健師 \_\_\_\_\_ 管理栄養士・栄養士 \_\_\_\_\_

.....

.....

.....

◎あてはまるものに○をつけてください			
○ 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	どちらともいえない
○ 小児救急電話相談（#8000）を知っていますか。	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	
○ 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	
○ お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。	1. 働いていたことがある		2. 働いていない
⇒上記で「1.働いていたことがある」と回答された方にお聞きします。 妊娠中、仕事を続けること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
○ 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。	1. 知らなかった		2. 知っていた
⇒上記で「2.知っていた」と回答された方にお聞きします。 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
○ 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		

◎お母さんの食生活等についてお答え下さい		
○ 妊娠中、あなた（お母さん）は飲酒をしていましたか。	なし	あり（ 回/日・週・月）
○ 妊娠中、あなた（お母さん）は喫煙をしていましたか。	なし	あり（1日 本）
○ 現在、あなた（お母さん）は飲酒をしていますか。	なし	あり（ 回/日・週・月）
○ 現在、あなた（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）
○ お母さんは食事をぬくことはありますか。	なし	ある（ 回/日・週・月）
⇒上記で「ある」と答えた方にお聞きします。 食べない理由は何ですか。 1.食欲がない 2.時間がない 3.習慣 4.その他（ ） 食事を抜くのはいつですか。 1.朝食 2.昼食 3.夕食		

○ 昨日の食事どんなものをどれだけ食べたか思い出して書いてみましょう

《記入例》

朝食 (7時)	副菜	主菜	午前 の間食 (10時)
	主食	副々菜	
	おひたし 中鉢1つ ほうれん草 のり	目玉焼き 卵1個、油 せんキャベツ	りんご 1/2個
	ご飯 1杯	酢の物 少々 わかめ、かまぼこ、まゆり	牛乳 1本
		みそ汁 1杯 大根、油揚 にんじん	

朝食 (時)	副菜	主菜	
	主食	副々菜	
	副菜・・・野菜を使った料理	主菜・・・肉・魚・卵・納豆など	
昼食 (時)	副菜	主菜	
	主食	副々菜	
夕食 (時)	副菜	主菜	夕食 後の 間食 (時)
	主食	副々菜	