

# 6～7ヶ月健診アンケート



健診日： 年 月 日

ふりがな

お子さんの氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 平成： 年 月 日 生後 月 日  
(カルテ： \_\_\_\_\_)

● **本日の乳児健診について1時間半程度かかります。**

→  必要最低限の話でおわりにしたい  時間がかかってもよいのでゆっくり話をしたい  どちらでもない

● **本日の乳児健診で これは必ず聞いて帰りたいことはありますか。(特になし・ある)**

→ あるに○をつけられた方は お手数ですが 各項目の前の  に **レ** をおつけください。

● **今、一番気になっていること、心配なことはありますか。**

→ 特になし・ある ( \_\_\_\_\_ )

■ **ご家族について\*同居しているご家族を記入して下さい。** 書き切れない場合には欄外にご記入いただいて結構です。

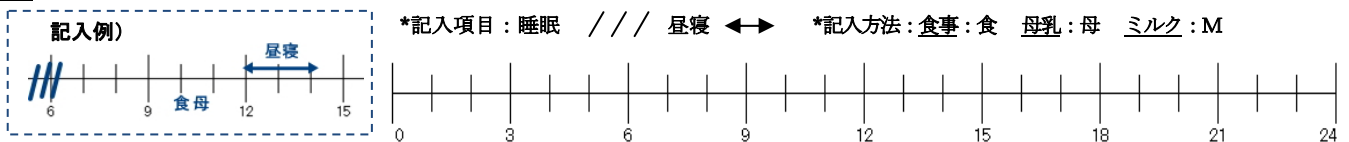
続柄:父 ( 歳 )	健康・持病 ( )	職業: 有・無
続柄:母 ( 歳 )	健康・持病 ( )	職業: 有・休職・無

続柄: ( 歳 )	健康・持病 ( )	職業: 有・無、幼稚園・保育園・小・中
続柄: ( 歳 )	健康・持病 ( )	職業: 有・無、幼稚園・保育園・小・中

■ **出生児から現在までかかった大きな病気 もしくは 入院した病気 ( なし ・ あり )**

\_\_\_\_\_

□ **生活リズムについて** \*概ねの生活リズムを下の表にご記入ください。夜起きる回数: \_\_\_\_\_ 回



生活リズムでお困りのことはありませんか? ( なし ・ あり )

→ 具体的に \_\_\_\_\_

□ **食生活について**

1) どのような飲み物を飲んでますか?

母乳 \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_ 回位 ミルク 1回 \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_ 回位 その他 ( \_\_\_\_\_ ) 1回 \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_ 回位

2) 離乳食について 記入してください

保護者記入欄	記入欄担当 ( )
離乳食開始 ( 月頃 ) 現在 (1日 _____ 回食 ) 主食 ( ) 倍粥・ 未開始 よく食べる・食べ過ぎ?・あまり食べない・時間がかかる ( _____ 分) 保育園で食べている (朝・ 昼・ 夜 _____ その他 _____ ) 昨日のメニュー ( _____ ) 今まで食べた食材 野菜: ( _____ ) タンパク質: ( _____ ) その他: ( _____ )	主食量: 多・良・やや少・少・未開始 形態: 副食量: 主食と同量 1/2量 1/3量 ( _____ ) 咀嚼: 丸呑み 早食い・他 ( _____ ) メニューバランス: 味付け: 食リズム: その他:
<b>困っていること わからないことがあれば記入してください</b> 特になし・遊び食べ・偏食がある (具体的に _____ ) 食べさせ方がわからない・1回量がわからない・固さがわからない 味付けがわからない・調理方法がわからない・食材がわからない とにかく食べない・その他 ( _____ )	

**食物アレルギーについて (医師から指摘されているものについて)**

食事制限の ( 無・有 ) 有の場合具体的に (卵黄・卵白・小麦・牛乳・大豆・その他 \_\_\_\_\_ )

**身体や発達のことについて** \*心配なことがありましたら○をつけてください

心配はない・体重のこと（太っている？・やせている？）・頭の大きさ・眼やにがでる・寝返りをしない  
便秘（回／日程度）・歯のこと・音がしても振り返らない・人見知りをしていない  
湿疹がある（場所 薬の希望 有・無）・あざがある（場所）  
その他 気になることがあればご記入ください（ ）

**事故防止について** \*注意が必要な項目です。あてはまるものがありましたら「レ」をつけてください。

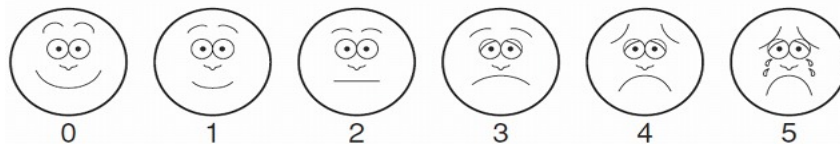
炊飯器やポットなど、熱い物を赤ちゃんの手の届くところにおいている。	→	やけど
ファンヒーターにガードをしていない コンセントにカバーしていない。		
ベビーベットの柵をしめていない。大人用のベッドやソファに寝かせている。	→	転落
よだれかけをしたまま寝かせてしまう。		
ビニール袋を赤ちゃんの側に置いてしまうことがある。	→	窒息
小さなおもちゃは部屋に落ちている。		
たばこや薬、洗剤などはあかちゃんの手の届くところに置いてある。	→	誤飲

**予防注射について** \*何かご質問がありましたらご記入してください。

今後のスケジュールについて・同時接種について・副反応について・新しいワクチン情報について  
その他（ ）

**お母さん自身の心や身体のことについて**

1) 最近の気分で一番近いものほどの顔ですか？○をつけてください



2) 気になっていることがあれば 記入してください

特になし 眠れない 食欲がない 頭痛 腰痛 これからの妊娠計画 何となく不安 イライラする  
何もしたくない 上の子に手がかかる 通院治療中（ ） その他（ ）

3) 育児をする中で迷ったり 悩んだりすることがあれば○をしてください

悩みはなし 悩んでも解決できる 自信がもてずよく悩む 何となく不安を感じる 孤独を感じる  
夫が手伝わない 家族と意見があわない 他の母や子どもが気になる 子を持つ親同士の交流の悩み  
育て方がわからない（授乳・入浴・おむつ交換・あやし方・抱き方・遊び方・きょうだいのこと）  
その他（ ）

**育児のサポートについて** 育児の手伝いや相談にのってくれる人、機関はありますか？

夫・実母・実父・義母・義父・きょうだい・近所の人・友人・出産先の病院・電話相談・インターネット  
保育園や託児所（施設名） 電話相談・その他（ ）・特になし

**その他** 相談したいことがありましたら記入してください

