

# 9～10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て帰りたい  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 ( \_\_\_\_\_ )

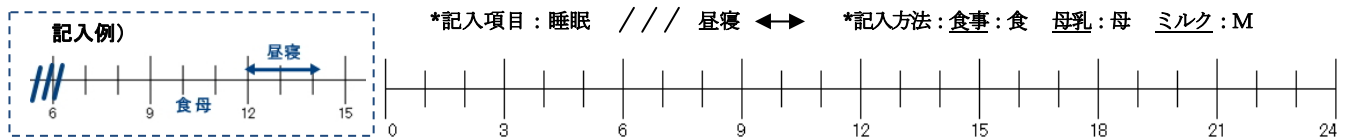
**■ ご家族について\*同居しているご家族を記入して下さい。書き切れない場合には欄外にご記入ください。**

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いますか?

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	担当記入欄:
離乳食開始 ( 月頃) 現在 (1日 _____ 回食) 主食 ( _____ ) 倍粥 よく食べる・食べ過ぎ?・あまり食べない・時間がかかる ( _____ 分)	主食量: 多・良・やや少・少 ( _____ ) 形態:
保育園で食べている ( 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ その他 _____ ) 昨日の朝食メニュー ( _____ ) 昼食メニュー ( _____ ) 夕食メニュー ( _____ )	副食量: 主食と同量 1/2 量 1/3 ( _____ ) 咀嚼: 丸のみ・早食い メニューバランス:
<b>困っていること わからないこと</b> 特になし・遊び食べ・偏食がある (具体的に _____ ) 固さがわからない・1回量がわからない・味付けがわからない・ 食材がわからない調理方法がわからないフォローアップミルクについて 手づかみメニューについて・その他 ( _____ )	味付け: 食リズム: 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・ハイハイをしない  
お座りをしない・便秘（回／日程度）・歯について（歯磨き含む）・人に関心が無い  
あざがある（場所）・湿疹がある（場所） 薬希望：有・無（）  
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○をつけてください。

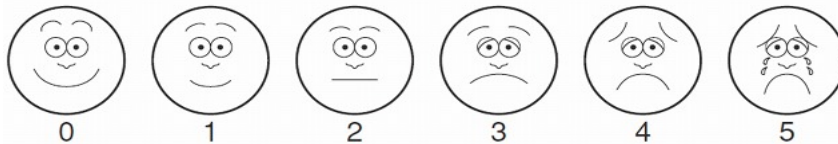
炊飯器やポットなど、熱い物を赤ちゃんの手の届くところにおいている。	→	やけど
ファンヒーターにガードをしていない。コンセントにカバーをしていない。		
ドアの扉に指が挟まらないようなガードをしていない。机の角はとがっている。	→	外傷
ベビーベットの柵の高さは、つかまり立ちをすると頭が出てしまう。		
大人用のベットやソファに寝かせている	→	転落
階段や玄関などの段差にガードをしていない。		
たばこ、ビニール、小さなおもちゃ、薬、洗剤など、あかちゃんの手の届くところにある。	→	誤飲
お風呂桶や洗面器に水を溜めたまま、入り口のドアが開いている。		
	→	溺水

**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はどの顔ですか？○をつけてください



2) 気になっていることがあれば ○をしてください

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 ）・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