

### 3 か月整形外科健康診査 問診票

|          |                                |      |     |   |          |   |
|----------|--------------------------------|------|-----|---|----------|---|
| カナ氏名     |                                | 生年月日 | 令和  | 年 | 月        | 日 |
| 漢字氏名     |                                |      |     |   |          |   |
| 住所       | 甲府市                            | 電話番号 | ( ) | - | (父/母/自宅) |   |
| 記載者氏名    | 続柄 (父/母/父方祖父母/母方祖父母/その他 ( ) )  |      |     |   |          |   |
| 昼間の主な保育者 | 父/母/父方祖父母/母方祖父母/園 ( ) /その他 ( ) |      |     |   |          |   |

#### 健康に関することを教えてください

|   |                       |
|---|-----------------------|
| (1) 普段ご機嫌はよい方ですか。                                   | はい/いいえ                |
| (2) 夜はよく眠りますか。                                      | はい/いいえ                |
| (3) うんちはどのくらいのペースで出ますか。                             | 約 ( ) 回/1日            |
| (4)-1 生後3か月までにかかった病気はありますか。                         | ない/ある                 |
| (4)-2 「ある」場合、どんな病気にかかりましたか。(例：インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症) | ( )                   |
| (5) 腹ばいにすると少し頭を持ち上げますか。                             | はい/いいえ                |
| (6) 頬に触れたものを取ろうと手を動かしますか。                           | はい/いいえ                |
| (7) 顔に布をかけられて不快を示しますか。                              | はい/いいえ                |
| (8) お母さんやお父さんの声がする方を向きますか。                          | はい/いいえ                |
| (9) 「アー」「ウー」などの声を出しますか。                             | はい/いいえ                |
| (10) 出産時に逆子でしたか。(逆子で帝王切開になった場合を含む)                  | いいえ/はい                |
| (11)-1 これまでに足の開きが硬い(開排制限)と言われたことがありますか。             | ない/ある                 |
| (11)-2 「ある」場合、いつ言われましたか。 出生時/1か月健診/その他 ( )          | ( )                   |
| (12) ご家族で先天性股関節脱臼の方はいますか。                           | いない/いる                |
| (13) うつぶせ寝にして寝かせますか。                                | 寝かせない/時々寝かせる/いつも寝かせる  |
| (14)-1 新生児聴覚検査の初回検査結果を教えてください。 異常なし/再検査/検査を受けていない   |                       |
| (14)-2 新生児聴覚検査で「再検査」となった場合、再検結果を教えてください。            | 異常なし/精密検査/検査を受けていない   |
| (15) 生後3か月までの主な栄養方法を教えてください。                        | 母乳/母乳とミルク/ミルク/その他 ( ) |
| (16) 母乳・ミルク以外のものを与えていますか。                           | 与えていない/与えている          |

#### 育児に関することを教えてください

|                           |  |
|---------------------------|--|
| (1) お母さんの気持ちや体の状態はいかがですか。 | 良好/やや良好/どちらともいえない/ややよくない/よくない          |
| (2) お父さんの気持ちや体の状態はいかがですか。 | 良好/やや良好/どちらともいえない/ややよくない/よくない          |
| (3) お母さんの育児の状況はいかがですか。    | よくやっている/時々やっている/ほとんどしない(できない) /何ともいえない |

|   |  |
|---|--|
| (4) お父さんの育児の状況はいかがですか。<br>よくやっている/時々やっている/ほとんどしない(できない)/何ともいえない   |  |
| (5) 育児をしていてイライラすることがあります。 ない/時々ある/よくある/いつもある  |  |
| (6) 育児について相談できる人がいますか。あてはまるものすべてを選択してください。<br>いない/夫(妻)/実父母または義父母//近所の人/友人/かかりつけ医<br>/保育士や幼稚園の先生/電話相談/インターネット/保健師や助産師<br>/その他( )                                 |  |
| (7) 育児は楽しいですか。 はい/どちらともいえない/いいえ   |  |
| (8)-1 お母さんは現在タバコを吸いますか。 いいえ/はい( 本/1日)   |  |
| (8)-2 お母さんは妊娠中にタバコを吸っていましたか。 いいえ/はい( 本/1日)  |  |
| (9) お父さんは現在タバコを吸いますか。 いいえ/はい( 本/1日)   |  |
| (10) お母さんは妊娠中にお酒を飲んでいましたか。 いいえ/はい   |  |
| (11) お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。<br>感じない/時々感じる/いつも感じる   |  |
| (12) 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。<br>はい/いいえ   |  |
| (13) お母さんはゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がありますか。<br>ある/どちらとも言えない/ない  |  |
| (14) 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を選択してください。<br>しつけのし過ぎがあった/感情的に叩いた/乳幼児だけを家に残して外出した<br>/長時間食事を与えなかった/感情的な言葉で怒鳴った/子どもの口をふさいだ<br>/子どもを激しく揺さぶった /いずれにも該当しない |  |
| (15) 生後半年から1歳になる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。<br>はい/いいえ  |  |
| (16)-1 お母さんは妊娠中、働いていましたか。 はい/いいえ  |  |
| (16)-2 「はい」の場合、妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮されたと思いますか。<br>はい/いいえ   |  |
| (17)-1 妊娠中にマタニティマークを知っていましたか。 はい/いいえ  |  |
| (17)-2 「はい」の場合、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。<br>はい/いいえ   |  |
| (18) 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。<br>はい/どちらともいえない/いいえ  |  |
| (19) 赤ちゃんがどうしても泣き止まないときなどに、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。<br>はい/いいえ  |  |
| (20) お子さんのかかりつけの医師はいますか。 はい/いいえ   |  |
| (21) 小児救急電話相談(#8000)を知っていますか。 はい/いいえ  |  |
| (22) この地域で今後も子育てをしていきたいですか。<br>そう思う/どちらかといえばそう思う/どちらかといえばそう思わない/そう思わない  |  |
| (23) 健診当日に相談したいことがありましたら、具体的に記入してください。<br>[ ]   |  |