

7か月児健康相談アンケート

受診日 年 月 日 NO

ふりがな	男 女	生年 月日	(年 月 日) (か月 日)	第 子
乳児				
氏名				

※ 早産の場合は、出産予定日から数えて か月 日にあたる

昼の主な保育者	1. 母 2. 父 3. 祖父母 4. 保育園(園名) 5. その他()
母親の就業状況	1. 専業主婦 2. 内職 3. 家業(自営業・農業) 4. パートタイム勤務 5. フルタイム勤務 6. 育児休暇中
電話番号	

既往歴	・今までにかかった大きな病気等がありますか？	なし ・ あり ()
	・今までに入院したことがありますか。	なし あり (病名:) (期間:)
	・今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？	なし ・ あり ()
	・現在、治療している病気がありますか？	なし ・ あり ()

1日の生活リズム(睡眠や授乳・離乳食など主なものを書き入れてください。)

6:00	12:00	18:00	0:00

離乳食	1. 授乳について	母乳 () 回	ミルク () cc × () 回					
	2. 離乳食は始まりましたか？	はい ・ いいえ						
		開始時期	か月頃					
	3. 離乳食を喜んで食べますか？	はい ・ いいえ						
	4. 離乳食は何回食ですか？	1日 () 回						
		おかゆ 1 回量 子ども茶わん (/ 杯) もしくは () g						
	5. どんなものをあげていますか？○をつけてください。							
	主食【	おかゆ	パンがゆ	うどん	その他 ()			
	主菜【	魚	卵	肉	大豆製品(豆腐・納豆・きな粉)	その他 ()		
	副菜【	野菜	かぼちゃ	にんじん	じゃがいも	だいこん	海藻	
		ほうれんそう	キャベツ	その他 ()				
	果物	バナナ	りんご	その他 ()				
	乳製品	チーズ	ヨーグルト	その他 ()	】			
6. 離乳食の固さはどのくらいですか？								
おかゆ	() 倍粥							
おかず	(ボタージュ状 豆腐くらい バナナくらい)							
7. 離乳食の味付けは【	なし ・ あり	→ (なにで味付けをしていますか) 】【						
8. 母乳・ミルクのほかに何か飲み物を与えていますか？								
【	水	茶	麦茶	果汁	ジュース	イオン飲料	乳酸飲料	その他 ()
9. 離乳食の他に何か食べさせていますか？	はい ・ いいえ							
具体的に	()	例 赤ちゃんせんべい など						
10. 便秘はありますか？	はい ・ いいえ							
11. 離乳食に関して困っていることや相談したいことはありますか？	はい ・ いいえ							
(内容	()							

裏面へ→

歯	1. 現在、歯は生えていますか？	はい () 本 ・ いいえ
	2. 歯、口の手入れをしていますか？ 手入れ方法は？ 食後にお茶か水を飲ませる ガーゼでふく 歯をみがく その他 ()	はい ・ いいえ
	3. 誰が手入れをしますか？	母・母以外の家族 ()
	4. 母親(主な保育者)に治療の済んでいないむし歯がありますか？	なし ・ あり

発達	1. 首すわりはいつでしたか？	ヵ月頃
	2. 寝返りをしますか？	はい (ヶ月ごろ) ・ いいえ
	3. 腹ばいになると、腕を伸ばして上半身を支えますか？	はい ・ いいえ
	4. 腰を支えればお座りできますか？	はい ・ いいえ
	5. 両脇を支えると立ちますか？	はい ・ いいえ
	6. そばで新聞などを読んでいると、引っ張ってやぶりますか？	はい ・ いいえ
	7. ハンカチなどで顔をふかれると、嫌がりますか？	はい ・ いいえ
	8. 手を伸ばして欲しいもの(おもちゃなど)をつかみますか？	はい ・ いいえ
	9. 自分でつかんだ物を口へ持っていきますか？	はい ・ いいえ
	10. 手にガラガラなどを持たせると振って遊びますか？	はい ・ いいえ
	11. くすぐりや高い高いなどふれあい遊びをしていますか？	はい ・ いいえ
	12. 鏡に映った自分の顔に反応しますか？	はい ・ いいえ
	13. 見えない方向から声をかけると顔を呼んでいるほうに向けますか？	はい ・ いいえ
	14. お母さんや家族を見つけると、喜んで声を出しますか？	はい ・ いいえ
	15. 話しかけた時に目が合いますか？	はい ・ いいえ
	16. その他、お子さんの事で心配なことがありますか？ (内容)	はい ・ いいえ

育児環境	1. 育児を手伝ってくれる人はいますか？ あてはまるもの全てに○をつけてください。 配偶者 自分の親やきょうだい 配偶者の親やきょうだい 近所の人 友人 民間のサービス () その他 () 誰もいない
	2. ささいな事でも相談できる人はいますか？ あてはまるもの全てに○をつけてください。 配偶者 友人 自分の親やきょうだい 配偶者の親やきょうだい 近所の人 民間のサービス () かかりつけ医 子育て支援センター 電話相談 保健師 インターネット その他 () 誰もいない
	3. 事故防止(タバコ、おもちゃなどの誤飲、転落、やけど、溺水など)のための対策をしていますか？ はい ・ いいえ
	4. お父さんは育児に参加していますか？ よくやっている 時々やっている ほとんどしない 何ともいえない いない その他 ()
	5. お子さんとの生活はいかがですか？ 毎日が楽しい 負担は増えたが育児は楽しい 負担が増え疲れる よくイライラする 子どもをかわいいと思えず負担 自分の自由な時間がなくなり苦痛 育児に自信が持てずよく悩む その他 ()
	6. お母さんの現在の体調はいかがですか？ 心身ともに調子が良い 身体は良いが精神的に良くない 精神的には良いが身体の調子が良くない 心身ともに調子が悪い 何ともいえない
	7. その他、何か心配なことや相談したいことはありますか？ (内容)

防災	1. お子さんのために災害時の持ち出し用として準備しているものを教えてください。(あてはまるものに○を付けてください) 特になし 紙おむつ・紙パンツ おしりふき 着替え ミルク 水 哺乳瓶 離乳食(ベビーフード) 抱っこひも その他 ()
----	--