

(ふりがな)			生年月日：令和 年 月 日		
お子さんの氏名：			性 別： ☐ 男 ☐ 女		出生順：第 子
住 所：春日市			電話番号：		健康保険証： ☐ 有 ☐ 無
父の氏名：(職業： ☐ 無 ☐ 有)			母の氏名：(職業： ☐ 無 ☐ 有)		
妊 娠 ・ 出 生 ・ 新 生 児 期	1	妊娠中の特記事項	☐ なし ☐ 妊娠高血圧症候群 ☐ 尿蛋白 ☐ 尿糖 ☐ 高血圧／浮腫 ☐ 貧血 ☐ 糖尿病 ☐ 切迫流産 ☐ 切迫早産 ☐ 多胎妊娠 ☐ その他		
	2	妊娠中の喫煙(お母さん)	☐ なし ☐ あり (本／日)		
	3	妊娠中の喫煙(お父さん／パートナー)	☐ なし ☐ あり (本／日)		
	4	妊娠中の喫煙(同居家族)	☐ なし ☐ あり (本／日)		
	5	妊娠中の飲酒(お母さん)	☐ なし ☐ あり		
	6	分娩時の特記事項	☐ なし ☐ あり(☐ 帝王切開術 ☐ 骨盤位 ☐ その他)		
	7	在胎週数	週 日		
	8	出生時の特記事項	☐ なし ☐ あり(☐ 仮死 ☐ その他)		
	9	出生時体重	g		
	10	新生児期の特記事項	☐ なし ☐ あり(☐ 黄疸治療 ☐ その他)		
	11	先天性代謝異常等検査	☐ 異常無 ☐ 異常有 ☐ 受けていない		
	12	新生児聴覚検査(初回検査)	☐ 受けていない ☐ 受けた (結果： ☐ 正常 ☐ 要再検)		
	13	新生児聴覚検査(再検査)	☐ 受けていない ☐ 受けた (結果： ☐ 正常 ☐ 要精密検査)		
	14	新生児聴覚検査(精密検査)	☐ 受けていない ☐ 受けた (結果： ☐ 正常 ☐ 異常)		
		15	産褥期の母体の特記事項(産婦健診の結果での問題の有無)	☐ なし ☐ あり	
予 防 接 種	1	インフルエンザ菌b型(Hib)※五種混合の接種を含む	☐ 未 ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 追加		
	2	小児用肺炎球菌	☐ 未 ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回 ☐ 追加		
	3	DPT-IPV(四種混合)※五種混合の接種を含む	☐ 未 第1期(☐ 初回1回 ☐ 初回2回 ☐ 初回3回 ☐ 追加)		
	4	BCG	☐ 未 ☐ 済		
既 往 歴 等	1	生まれつきの病気はありますか。	☐ いいえ ☐ はい		
	2	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	☐ いいえ ☐ はい		
	3	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。	☐ いいえ ☐ はい		
	4	既往症(これまでにかかった大きな病気)	☐ 無 ☐ 有()		
運 動 発 達	1	お座り、ハイハイなどお子さんの運動発達について心配がありますか。	☐ いいえ ☐ はい		
	2	ハイハイ、お座り、つかまり立ちはしますか。	ハイハイ (か月～、 ☐ 未) お座り (か月～、 ☐ 未) つかまり立ち (か月～、 ☐ 未)		
精 神 ・ 神 経 発 達	1	お子さんは、バイバイ、バンザイなどのまねをしますか。	☐ はい ☐ いいえ		
	2	泣いていても、抱っこをすると泣き止みますか。	☐ はい ☐ いいえ		
	3	大人が対応に困るほどの「不機嫌」はありますか。	☐ はい ☐ いいえ		
	4	お子さんの好きな遊びは何ですか。			
	5	お子さんは散歩や外遊びをしますか。	☐ はい ☐ いいえ		
	6	お子さんに絵本を読みますか。	☐ はい ☐ いいえ		
	7	声や仕草からお子さんの気持ちがわかりますか。	☐ はい ☐ いいえ		
	8	お子さんはテレビ、DVD、ビデオ、動画を観ることがありますか。	☐ まったくない ☐ ほとんどない ☐ 時々ある ☐ いつもある		
習 生 慣 活	1	便は毎日出ていますか。	☐ はい ☐ いいえ		
睡 眠	1	昼寝、風呂、夜寝の時間はだいたい決まっていますか。	☐ はい ☐ いいえ		
	2	夜寝てから朝起きるまでに、授乳・哺乳を3回以上することはありますか。(寝る直前と朝起きてすぐの授乳は除く)	☐ いいえ ☐ はい		
	3	寝る直前にテレビや動画を観ますか。	☐ いいえ ☐ はい		
	4	睡眠について困っていることはありますか。	☐ いいえ ☐ はい		
歯	1	お子さんの歯磨きをしていますか。	☐ はい ☐ いいえ		
	2	大人や年上のきょうだいと食器を共有することはありませんか。	☐ いいえ ☐ はい		

栄養状況	1	離乳食は何回食べますか。	1日 回
	2	食事や授乳・哺乳の時間を決めていますか。	☐ はい ☐ いいえ
	3	現在の食事の形態を選んでください。	☐ 歯茎でつぶせる硬さ ☐ 舌でつぶせる硬さ ☐ ほぼ大人と同じ ☐ どろどろ、ペースト状
	4	お子さんが食べている食材を選んでください。(すべてに☑)	☐ 炭水化物 ☐ 肉類 ☐ 果物 ☐ 野菜 ☐ 大豆製品 ☐ 乳製品
	5	手づかみ食べをしますか。	☐ はい ☐ いいえ
	6	コップで飲む練習をしていますか。	☐ はい ☐ いいえ
	7	お子さんは食事中にテレビや動画を見ますか。	☐ まったくない ☐ ほとんどない ☐ 時々ある ☐ いつもある
	8	食事について心配なことはありますか。	☐ いいえ ☐ はい
お世話	1	お子さんの世話を主にしている大人は誰ですか。	☐ 母 ☐ 父 ☐ 祖母 ☐ 祖父 ☐ その他
親や子育ての状況	1	現在の喫煙(お母さん)	☐ なし ☐ あり (本/日)
	2	現在の喫煙(お父さん/パートナー)	☐ なし ☐ あり (本/日)
	3	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	☐ 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
	4	あなた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
	5	お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。	☐ 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
	6	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。	☐ 感じない ☐ 時々感じる ☐ いつも感じる
	7	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
	8	あなたの日常の育児の相談相手は誰ですか。	☐ 夫婦で相談 ☐ 祖母または祖父 ☐ 近所の人 ☐ 友人 ☐ かかりつけの医師 ☐ 保健師や助産師 ☐ 保育士や幼稚園の先生 ☐ 電話相談 ☐ インターネット ☐ その他 ☐ 誰もいない
	9	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	☐ はい ☐ いいえ
	10	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	☐ 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
	11	現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。	☐ 大変ゆとりがある ☐ ややゆとりがある ☐ 普通 ☐ やや苦しい ☐ 大変苦しい
	12	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。	☐ しつけのし過ぎ ☐ 感情的に叩いた ☐ 家に残して外出した ☐ 長時間 食事を与えなかった ☐ 感情的な言葉で怒鳴った ☐ こどもの口をふさいだ ☐ こどもを激しく揺さぶった ☐ いずれも該当しない
	13	育児は楽しいですか。	☐ はい ☐ どちらともいえない ☐ いいえ
	14	育児は疲れますか。	☐ 疲れな ☐ どちらともいえない ☐ 疲れる
子育ての詳細状況	1	「自分ひとりだけで子育てをしている」と感じますか。	☐ いいえ ☐ はい
	2	お子さんの「しつけ」について家族の中で話し合っていますか。	☐ はい ☐ いいえ
	3	お子さんに対して、いらいらすることはありますか。	☐ まったくない ☐ ほとんどない ☐ ときどきある ☐ いつもある
	4	子育てにおいて「もう無理」「誰か助けて」と感じたことはありますか。	☐ まったくない ☐ ほとんどない ☐ ときどきある ☐ いつもある
安全	1	お子さんのおもちゃが安全かを確認していますか。	☐ はい ☐ いいえ
	2	お子さんが過ごす場所・部屋が安全かを確認していますか。	☐ はい ☐ いいえ
	3	おうちの中の、お子さんにとって安全でない場所(台所や浴室等)に、お子さんが入れないように工夫していますか。	☐ はい ☐ いいえ
	4	【自転車に乗る方へ】お子さんを抱っこまたはおんぶした状態で、自転車に乗ることはありますか。	☐ はい ☐ いいえ ☐ 該当しない
	5	【自動車に乗る方へ】自動車のチャイルドシートは、後部座席に、後ろ向きに設置されていますか。	☐ はい ☐ いいえ ☐ 該当しない
心配事	1	現在何か心配なことはありますか。いくつでも選択してください。	☐ こどものこと ☐ 配偶者やパートナーとの関係 ☐ 父母や義父母との関係 ☐ 育児仲間のこと ☐ その他() ☐ 特に心配事はない