

春日市10か月児健康診査健診票(R7)

(ふりがな)			生年月日:令和      年      月      日		
お子さんの氏名:			性      別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生順: 第      子
住      所:春日市			電話番号:		健康保険証: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
父の氏名:			(職業: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
母の氏名:			(職業: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
妊娠 出生 新生児期	1	妊娠中の特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 尿蛋白 <input type="checkbox"/> 尿糖 <input type="checkbox"/> 高血圧／浮腫 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠 <input type="checkbox"/> その他		
	2	妊娠中の喫煙(お母さん)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                      (      本／日)		
	3	妊娠中の喫煙(お父さん／パートナー)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                      (      本／日)		
	4	妊娠中の喫煙(同居家族)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                      (      本／日)		
	5	妊娠中の飲酒(お母さん)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	6	分娩時の特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 帝王切開術 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他)		
	7	在胎週数	週                      日		
	8	出生時の特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> その他)		
	9	出生時体重	g		
	10	新生児期の特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 黄疸治療 <input type="checkbox"/> その他)		
	11	先天性代謝異常等検査	<input type="checkbox"/> 異常無 <input type="checkbox"/> 異常有 <input type="checkbox"/> 受けていない		
	12	新生児聴覚検査(初回検査)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた                      (結果: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要再検)		
	13	新生児聴覚検査(再検査)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた                      (結果: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 要精密検査)		
	14	新生児聴覚検査(精密検査)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた                      (結果: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
予防 接種	1	インフルエンザ菌b型(Hib)を接種した回 ※五種混合の接種を含む	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加		
	2	小児用肺炎球菌を接種した回	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加		
	3	DPT-IPV(四種混合)を接種した回 ※五種混合の接種を含む	<input type="checkbox"/> 未    第1期( <input type="checkbox"/> 初回1回 <input type="checkbox"/> 初回2回 <input type="checkbox"/> 初回3回 <input type="checkbox"/> 追加)		
	4	BCGを接種した回	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済		
既往 歴等	1	生まれつきの病気はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	2	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	4	既往症(これまでにかかった大きな病気)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	2	ハイハイはしますか。	<input type="checkbox"/> はい(                      か月～) <input type="checkbox"/> いいえ		
	3	お座りはしますか。	<input type="checkbox"/> はい(                      か月～) <input type="checkbox"/> いいえ		
	4	つかまり立ちはしますか。	<input type="checkbox"/> はい(                      か月～) <input type="checkbox"/> いいえ		
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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	2	泣いていても、抱っこをすると泣き止みますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	3	大人が対応に困るほどの「不機嫌」はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	4	お子さんの好きな遊びはなんですか。			
	5	お子さんは散歩や外遊びをしますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	6	お子さんに絵本を読みますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> いつもある		
習生 慣活	1	便は毎日出ていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

睡眠	1	昼寝、風呂、夜寝る時間はだいたい決まっていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	3	寝る直前にテレビや動画を観ますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
	4	睡眠について困っていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
歯	1	お子さんの歯磨きをしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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すか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	3	現在の食事の形態を選んでください。	<input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる硬さ <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる硬さ <input type="checkbox"/> ほぼ大人と同じ <input type="checkbox"/> 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。（あてはまるものすべてにチェック）	<input type="checkbox"/> 炭水化物 <input type="checkbox"/> 肉類 <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 野菜 <input type="checkbox"/> 大豆製品 <input type="checkbox"/> 乳製品	
	5	手づかみ食べをしますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	6	コップで飲む練習をしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	7	お子さんは食事中にテレビや動画を見ますか。	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> いつもある	
	8	食事について心配なことはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他	
親や子育ての状況	1	現在の喫煙（お母さん）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   （ 本／日）	
	2	現在の喫煙（お父さん／パートナー）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   （ 本／日）	
	3	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> ややよくない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思わない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 感じない	<input type="checkbox"/> 時々感じる <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	8	あなたの日常の育児の相談相手は誰ですか。	<input type="checkbox"/> 夫婦で相談 <input type="checkbox"/> 祖母または祖父 <input type="checkbox"/> 近所の人 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> かかりつけの医師 <input type="checkbox"/> 保健師や助産師 <input type="checkbox"/> 保育士や幼稚園の先生 <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思わない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある <input type="checkbox"/> ややゆとりがある <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや苦しい <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> しつけのし過ぎ <input type="checkbox"/> 感情的に叩いた <input type="checkbox"/> 家に残して外出した <input type="checkbox"/> 長時間食事を与えなかった <input type="checkbox"/> 感情的な言葉で怒鳴った <input type="checkbox"/> こどもの口をふさいだ <input type="checkbox"/> こどもを激しく揺さぶった <input type="checkbox"/> いずれも該当しない	
	13	育児は楽しいですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> いいえ
	14	育児は疲れますか。	<input type="checkbox"/> 疲れない	<input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> まったくない <input type="checkbox"/> ほとんどない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> こどものこと <input type="checkbox"/> 配偶者やパートナーとの関係 <input type="checkbox"/> 父母や義父母との関係 <input type="checkbox"/> 育児仲間のこと <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 特に心配事はない	