

# 1か月児健康診査問診票

見本

・太枠内を記入して、後日、市へ提出してください。  
 ・記載された個人情報は「新発田市個人情報保護条例」に従って厳正に取り扱います。

※問診票は、主にお子さんの世話をなされている方が記入してください。該当する番号に○をつけてください。

記入した方のお名前 \_\_\_\_\_

お子さんの持名前 \_\_\_\_\_ ちゃん 生まれたときの週数と体重 ( )週 体重 ( )g

1	お乳をよく飲みますか。	1 はい	2 いいえ	
2	元気な声で泣きますか。	健診を受診する前に保護者の方が記入してください。 医療機関で内容を確認していただいた後は 必ず返却をお願いしてください。 (費用助成申請の際に必要です)		
3	大きな音にピクッと手足が震えますか。			
4	お乳を飲む時や泣いた後、顔を赤くしますか。			
5	からだ特に柔らかい感じがしますか。			
6	うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。			
7	あなたの顔をじっとみつめることがありますか。	1 はい	2 いいえ	
8	裸にするとき手足をよく動かしますか。	1 はい	2 いいえ	
9	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	1 なし	2 あり(1日 本)	
10	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	1 なし	2 あり(1日 本)	
11	窒息の可能性がある柔らかい寝具等避け、仰向けに寝かせていますか。	1 はい	2 いいえ	
12	ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。	1 はい	2 いいえ	
13	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。	1 はい	2 いいえ	3 何ともいえなし
14	赤ちゃんをいとおしいと感じますか。	1 はい	2 いいえ	3 何ともいえなし
15	子育てについて不安や困難を感じることはありますか。	1 はい	2 いいえ	3 何ともいえなし
16	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。	1 はい	2 いいえ	
17	(きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか。	1 いいえ	2 はい	
18	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。	1 そう思う	2 どちらかといえばそう思う	3 どちらかといえばそう思わない
19	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなりましたことがありますか。	1 いいえ	2 はい	
20	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。	1 大変ゆとりがある	2 ややゆとりがある	3 普通
21	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	1 いいえ	2 はい	
22	物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	1 いいえ	2 はい	
23	あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。	1 いいえ	2 はい	
24	あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。	1 はい	2 いいえ	
25	2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。	1 はい	2 いいえ	

<聞きたいこと・相談したいこと>

育児に関する不安や悩みごとなどありましたら  
いつでも御連絡ください。

滞在先の市町村と連携した対応も可能です。  
 育児に関する不安や悩みごとなどありましたら、かかりつけ保健師まで御連絡ください。