

# 1か月児健康診査問診票

・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「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

お子さんのお名前 \_\_\_\_\_ 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。	1 はい	2 いいえ	
3	大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出ししたりすることはありますか。	1 はい	2 いいえ	
4	お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。	1 いいえ	2 はい	
5	からだ特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか。	1 いいえ	2 はい	
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。	1 いいえ	2 はい	
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 何ともいえぬ
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 何ともいえぬ
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 何ともいえぬ
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 4 そう思わない	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ってしまっ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 4 やや苦しい	2 ややゆとりがある 5 大変苦しい	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>

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事などありましたら、かかりつけ保健師まで御連絡ください。

新発田市子ども家庭センター—健やか育児支援係 〒959-2323 新発田市乙次26番地2 TEL 0254(28)0415 FAX 0254(28)7741