

別添3 乳児健診質問票案 (1枚目表 A3)

乳児健康診査・子育て質問票

お子さんの生年月日: 20 年 月 日
 アンケート実施日 : 20 年 月 日

現在の住所	
記入者の方の氏名 (続柄)	
電話番号	
父:氏名	職業
母:氏名	職業
きょうだい いない・いる	
兄・姉・弟・妹 保育園・幼稚園・学校の名前:	
兄・姉・弟・妹 保育園・幼稚園・学校の名前:	

※鉛筆またはシャープペンシルをお使いください。

1 お母さんの健康・妊娠・出産についてお伺いします。

下記について、あてはまるものに☑をつけ、または数字を記入してください。

(1) お母さんの体調はいかがですか。1つに☑をつけてください。

よい まあよい どちらでもない あまりよくない よくない

(2) 現在、長く(2週間以上)続く咳(せき)・痰(たん)・微熱等の症状はありますか。

ない ある (日前より)

(3) これまでに大きな病気をしたことがありますか。

ない ある (

(4) 今回、妊娠した時の気持ちはいかがでしたか。1つに☑をつけてください。

うれしかった うれしくなかった どちらともいえない

(5) 今回の妊娠・出産はどうでしたか。あてはまるものすべてに☑をつけてください。

順調だった 切迫流・早産になった 難産だった 治療して妊娠した

その他 ()

(6) 現在のお母さんの食事についてお伺いします。

1) 食欲はありますか。1つに☑をつけてください。

ある ない どちらでもない

2) 食事内容についてうかがいます。食べているものに☑をつけてください。

	食べない	主食 ごはん・ パン・めん・ シリアルなど	主菜 肉・魚・卵・ 豆腐・大豆 のおかず	副菜 野菜・いも・ きのこの おかず	汁物 みそ汁・ スープなど	牛乳 ヨーグルト・ チーズ	くだもの	菓子 せんべい・ クッキー・ 菓子パン など
朝食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
昼食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夕食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
間食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

別添3 乳児健診質問票案 (2枚目表 A4)

乳児健診

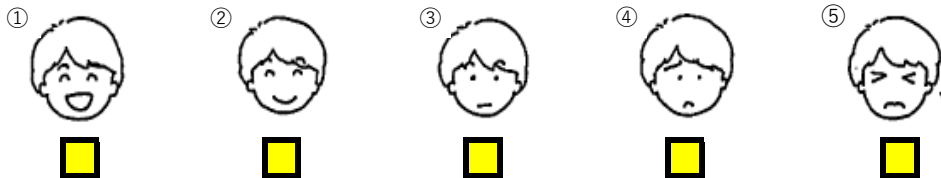
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

生年月日: 20 年 月 日

お子さまの氏名: _____

3 子育て中のあなたへお伺いします。あてはまるものに☑をつけ、または記入してください。

(1) 子育てをしているあなたのお気持ちに一番近いもの1つに☑をつけてください。



(2) 育児についてお伺いします。あてはまるものすべてに☑をつけてください。

- 育児は楽しい 赤ちゃんはかわいいと思う 赤ちゃんがいる暮らしに慣れてきた
- 育児で悩んでも解決できる 育児に自信が持てずに不安 自分の時間がなく苦痛
- 育て方がわからない(あやし方・授乳の仕方など) 泣き声を聞くのがつらい
- 涙もなく涙が出る 赤ちゃんをかわいいと思えず悩んでいる
- 赤ちゃんをたたいてしまいそうで悩んでいる 赤ちゃんと一緒にいたくない

4 あなたを含めてご家族についてお伺いします。あてはまるものに☑をつけ、または記入してください。

(1) 日常の育児の相談相手についてお伺いします。

- 夫婦で相談 祖母または祖父 近所の人 友人 インターネット
- 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
- その他 誰もいない

(2) 現在、心配なことについてお伺いします。

- こどものこと 配偶者/パートナーとの関係 父母/義父母との関係
- 育児仲間のこと その他 特に心配なことはない

5 ご心配なことや、お聞きになりたいことがあればお書きください。

別添3_乳児健診質問票案 (2枚目裏_A4)

7 以下の質問にそれぞれあてはまるもの、いずれか1つに☑をつけ、または記入してください。
(健やか親子21アンケート(国))

(1) 産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。

はい いいえ どちらともいえない

(2) ①妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。 なし あり (1日 本)

②妊娠中、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていましたか。 なし あり (1日 本)

(3) ①現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。 なし あり (1日 本)

②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。 なし あり (1日 本)

(4) 妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。 なし あり

(5) 生後1か月時の栄養法はどうか。 母乳 人工乳 混合

(6) 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 どちらかというそう思う どちらかといえばそう思わない そう思わない

(7) 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つに☑をつけてください。

そう思う どちらかというそう思う どちらかといえばそう思わない そう思わない

(8) 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

(9) ①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。

いつも感じる 時々感じる 感じない

②(①で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して)
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

(10) 生後半年から1歳頃までの多くのこどもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか。

はい いいえ

(11) 赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか。

はい いいえ