

～お子さんとお母さんの健康と生活に関する質問票～

市川市では、お子さんとご家族の健康を守るために健診や生活の状況などをお伺いします。



* お子さんのことについてご記入ください。

1	出生時の状況について	体重	g	身長	cm
		胸囲	cm	頭囲	cm
		妊娠期間	週		
2	乳児健康診査について		日付	体重	身長
		1か月	/	g	cm
		3～4か月	/	g	cm
		6～7か月	/	g	cm
3	転入前の市区町村であかちゃんの家庭訪問を受けましたか。	① <input type="checkbox"/> 受けた ② <input type="checkbox"/> 受けていない ↳ (訪問日:)			
4	お子さんは今までに大きな病気をしたことがありますか。	① <input type="checkbox"/> はい ② <input type="checkbox"/> いいえ ↳ (病名:)			
5	現在治療中または、経過観察中の病気はありますか	① <input type="checkbox"/> はい ② <input type="checkbox"/> いいえ ↳ (病名:) (病院名:)			

* ご家族の健康や生活についてご記入ください

1	主な日中の保育者について	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 保育園 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
2	保育者、保護者の体調はいかがですか。	<input type="checkbox"/> すぐれない <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> よい / <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 ↳ <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 不安がある			
	「すぐれない」の方はあてはまる症状に☑をつけてください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 受診中 (病名)			
3	今までに心理的な、あるいは精神的な問題で カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師に相談した ことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ (歳頃) ・ () (歳頃) ・ ()			
4	育児をしていてイライラすることは多いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 何ともいえない			
5	ゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 何ともいえない			
6	困ったときに相談する人について				
	①夫やパートナーに何でも打ち明ける事ができますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 夫はいない			
	②(あなたの) お母さんに何でも打ち明ける事ができますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 母はいない			
	③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (相談できる人の続柄・関係)			
7	困ったときに助けてくれる人はいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↳ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> その他			
8	たばこは吸いますか。	子のお母さん	<input type="checkbox"/> はい【1日 本】 <input type="checkbox"/> いいえ		
	(電子タバコを含む)	子のお父さん	<input type="checkbox"/> はい【1日 本】 <input type="checkbox"/> いいえ		
9	生活するうえで経済的な心配はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
10	「困っていること」「心配なこと」「悩んでいること」等がありますか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↳ <input type="checkbox"/> こどものこと <input type="checkbox"/> 自分の体のこと <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 社会資源のこと <input type="checkbox"/> その他 ()			

記載内容によっては、保健センター保健師等より連絡をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。

担当記入欄	子の母・子の父・その他
-------	-------------