

10か月児健診アンケート Health Check-up Questionnaire for Your Baby at 10 Months Old

太枠内に記入し、あてはまるものに○印をつけてください。裏面にもご記入ください。

Fill in the bold-framed area and circle the appropriate answers. Please fill in the backside, as well.

このアンケートに記入された方はどなたですか Who is completing this questionnaire?				母親・父親・その他() Mother/Father/Other()	
本日の健診に同伴された方はどなたですか Who is the companion for today's check-up?				母親・父親・祖父母・その他() Mother/Father/Grandparent/Other()	
(ふりがな) お子さんの氏名 Name of child				住所 Address	
国籍 Nationality				電話 TEL	(Mobile)
生年月日 Date of birth	年 月 日生 (y) / (m) / (d)	男・女 Male / Female	(第 子) (Order of birth :)	メール E-mail	
お子さんは保育園に通っていますか いいえ・はい() Is your child attending nursery school? No / Yes (Nursery school)					
ご家族 ※同居の方を 含みます Family(all who live in same household)	家族の氏名 Name of family members	続柄 Relationship	年齢等 Age /Date of birth	健康状態・治療中の病気 State of health	職業、学校、保育園、幼稚園等 Occupation, school, kindergarten,preschool,etc.
		父 Father	(y) / (m) / (d) yrs.old / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	
		母 Mother	(y) / (m) / (d) yrs.old / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	
			(y) / (m) / (d) yrs.old / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	
			(y) / (m) / (d) yrs.old / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	
			(y) / (m) / (d) yrs.old / / ▪	良・治療中() Good/Under treatment()	

これまで受けた予防接種

- ①BCG ②四種混合(1回・2回・3回) ③ヒブ ④小児用肺炎球菌 ⑤B型肝炎(1回・2回・3回)
⑥その他【ロタ・左記以外()】

Immunization record

- ① BCG ② Diphtheria Pertussis Tetanus Polio Vaccine (DTP-IPV) (1st, 2nd, 3rd, booster)
③ Haemophilus Influenza typeB Vaccine (Hib) (1st, 2nd, 3rd, booster)
④ Pediatric Pneumococcal Vaccine (1st, 2nd, 3rd) ⑤ Hepatitis B Vaccine (1st, 2nd, 3rd, booster)
⑥ Rotavirus (1st, 2nd, 3rd) / other()

今までかかった病気(治ったもの) なし・あり(病名: 医療機関名:)

Has your baby had any medical problem? (Include illnesses that have been cured.)

No / Yes (Name of illness : Name of the hospital :)

通院中の病気 なし・あり(病名: 医療機関名:)

Does your baby attend a hospital due to illness?

No / Yes (Name of illness : Name of the hospital :)

ひきつけたこと なし・あり(回数: 回 ひきつけた時の発熱: あり・なし)

Has your baby ever had a convulsive fit?

No / Yes (Number of times : times, Accompanied with a fever : Yes / No)

現在の状況はいかがですか

Please answer the present condition of your baby.

- 1 自分で起き上がってすわりますか はい・いいえ
1. Does your baby "sit up" on his/her own? Yes / No
- 2 安定してすわり、遊ぶことができますか はい・いいえ
2. Does your baby sit stable and play in sitting position? Yes / No
- 3 自分の力で移動(ずりはい・よつばい・座位のまま移動)しますか はい・いいえ
3. Does your baby move by slithering, crawling or crawling in a sitting position? Yes / No

- 4 つかまらせると立っていますか はい・いいえ Yes / No
 4. Does your baby stand up when you support him/her?
- 5 自分でつかまって立ち上がりますか はい・いいえ Yes / No
 5. Does your baby stand up by himself/herself while holding on to somethings?
- 6 伝い歩きをしますか はい・いいえ Yes / No
 6. Does your baby walk around while holding onto things?
 (e.x. He/She walks around while holding onto the sofa, walking around it.)
- 7 親指と人さし指で、小さいものをつまみますか はい・いいえ Yes / No
 7. Does your baby pick up small objects with his/her thumb and index finger?
- 8 目つきや目がわるいという心配はありますか はい・いいえ Yes / No
 8. Do you have any concerns about your baby's eyes or vision?
- 9 別紙の聞こえの検査(ささやき声テスト)の結果を記入してください
 ①名前を呼んだとき 振り向いた・振り向かない・わからない Yes / No / Not sure
 ②「シー(小さな声や音)」に振り向きますか 振り向いた・振り向かない・わからない Yes / No / Not sure
 9. Please write down results of the hearing ability test (whisper test) as shown on the attached paper.
 ①Did your baby turn around when you called his/her name? Yes / No / Not sure
 ②Did your baby turn around when you said "Shhh" (or any other soft voices or sounds)? Yes / No / Not sure
- 10 親の後を追ったり、親がいなくなると泣きますか はい・いいえ Yes / No
 10. Does your baby follow you or cry when you go out of his/her sight?
- 11 人見知りをした時期がありますか はい・いいえ Yes / No
 11. Has your baby ever had a period he/she had been afraid of strangers?
- 12 親や他の人の動作のまねをしますか(手や机をたたくなど) はい・いいえ Yes / No
 12. Does your baby imitate gestures of you or other people?
 (e.x. clapping his/her hands, hitting tables, etc.)
- 13 マンマン、パパ/パパ、ダァーダァーなどの声を出しますか はい・いいえ Yes / No
 13. Does your baby utter a voice like "mama", "papa" or "dada"?
- 14 だめと言うと手を引っ込めたり、親の顔を見ますか はい・いいえ Yes / No
 14. Does your baby pull away his/her hands or look at your face when you say "No!"?
- 15 親が指さした方を見ますか はい・いいえ Yes / No
 15. Does your baby look at the direction of where you are pointing?
- 16 機嫌のよい時に親と声を出してやりとりしますか はい・いいえ Yes / No
 16. Does your baby try to communicate with you by uttering a voice when he/she is in a good mood?
- 17 次のことがらであてはまることがありますか いいえ・はい
 ①視線が合いづらい ②甘えてこない ③夜泣きがひどい ④抱きにくいと思うことがある
 ⑤寝つきが悪い ⑥かんしゃくがひどい ⑦おとなしすぎる ⑧よく泣く ⑨要求が少ない
 ⑩音に敏感すぎるところがある ⑪こだわりが強い(例えば)
 17. Do you have any concerns about your baby? Circle all appropriate answers. No / Yes
- ①Can't make eye contact enough. ② Does not demand attachment.
 ③Cries very hard at night. ④ I feel sometimes my baby doesn't like being held or cuddled.
 ⑤ Does not fall asleep easily. ⑥ Is short-tempered. ⑦Is too quiet.
 ⑧Cries easily and so often. ⑨ Rarely makes demands.
 ⑩ Is too sensitive to sound. ⑪ Is particular about things.(For example :)
- 18 お子さんのからだや発達のことでの心配がありますか とくにない・ある No / Yes
 18. Do you have any concerns about your baby's health and development?
 ()
- 19 離乳食は1日何回ですか 1回目()時頃、2回目()時頃、3回目()時頃、決まっていない
 平均して1回の食事はどのくらいですか ごはんやおかずを合わせて 子供茶碗に()杯位
 19. How often and what time do you feed your baby solid food?
 1st time: around (:) 2nd time: around (:) 3rd time: around (:) Times not decided.
 On average, how much do you feed your baby every time?
 () cups of food (including rice and side dishes)

20 母乳やミルクの回数は何回ですか 離乳食後()回、離乳食以外()回
ミルクの場合1回の量はどのくらいですか 離乳食後()ml、離乳食以外()ml、1日合計()ml

20. How often or how much do you feed your baby breast milk or milk formula?

●Breast milk: () times per day

●Formula milk: () times per day, ()ml per day

21 お子さんが食べたことのあるものに○をつけてください

①米 ②パン ③魚 ④肉 ⑤卵黄 ⑥卵白 ⑦豆腐 ⑧納豆 ⑨油 ⑩牛乳・乳製品 ⑪野菜 果物

21. Please circle the food that your baby has eaten :

① Rice ② Bread ③ Fish ④ Meat ⑤ Egg yolks ⑥ Egg whites ⑦ Tofu ⑧ Natto

⑨ Fat and oil ⑩ Dairy products ⑪ Vegetables Fruits

22 お子さんは、甘い飲み物(ジュースや乳酸飲料・スポーツドリンクなど)を週に4回以上飲みますか いいえ・はい

22. Does your baby drink beverages(juice, lactic acid beverages, isotonic drinks and others) over four times per week? No / Yes

23 今までに食物アレルギーの症状がでたことがありますか。

いいえ・はい

①病院を受診した(原因食品は:) ②受診してない

23. Has your baby ever had symptoms of a food allergy?

① Consultation result (Causal food :) ② No consultation received

24 母乳分泌、乳房、授乳方法で相談したいことがありますか

いいえ・はい

①母乳の出が悪い ②母乳の出が多すぎる ③乳房左右差
④乳房トラブル(しこり・つまりやすい・乳頭部亀裂・その他)

24. Do you have any concerns regarding breast milk secretion, breast troubles, breast feeding methods, etc.?

No / Yes

① Insufficient amount of breast milk ② Too much breast milk ③ Asymmetry of breasts

④ Trouble with breasts (lump / easily blocked milk ducts / fissure nipples / other)

25 お母さんの体調で相談したいことがありますか

いいえ・はい

①疲れやすい ②眠れない ③食欲がない ④気持ちが落ち込む ⑤血圧が高い ⑥月経・不正出血・おりもの
⑦抜け毛 ⑧尿もれ ⑨体重減少 ⑩手のしびれ ⑪痛み(頭痛・腰痛・手首・ひざ)
⑫その他()

25. Do you have any concerns about your mental and physical condition?

No / Yes

① Getting tired easily ② Sleeplessness ③ Lack of appetite ④ Feel depressed ⑤ High blood pressure

⑥ Regarding menstruation, abnormal vaginal bleeding and vaginal discharge ⑦ Hair loss

⑧ Incontinence ⑨ Weight loss ⑩ Numbness of limbs ⑪ Pain (headache, backache, wrist and knee)

⑫ Other()

26 お子さんと一緒に生活はいかがですか

①毎日が楽しい ②負担は増えたが育児は楽しい ③負担が増え疲れる
④よくイライラしている ⑤子どもをかわいいと思えず負担 ⑥自分の時間がなくなり苦痛
⑦その他()

26. How is your life with the baby?

① Enjoy every day ② Enjoy raising my child, despite the increase in burdens and responsibilities.

③ Feel tired due to heavy burdens ④ Feel irritated ⑤ Can't feel my child lovely.

⑥ Distressed by a lack of my spare time ⑦ Other()

27 育児をする中で悩んだり、つらいと感じることはありますか?

①悩んでも何とか解決できる ②悩みはない ③悩みたくない ④育児に自信がもてずよく悩む
悩んでいることはどんなことですか

①育て方がわからない ②上の子への対応 ③子どもをもつ親同士の付き合い方
④育児方針の違い ⑤その他()

27. Do you have any worries or problems with childcare? Which one do you apply?

① Sometimes be worried, but can manage by myself ② No worries ③ Do not want to worry

④ Often worried due to a lack of self confidence in childcare

What are you worried about?

①Lack of knowledge about child care ②How to deal with his/her older siblings

③ How to communicate with other parents ④ Difference in parenting style in your family

⑤ Other()

28 育児について相談したり協力してくれる人はいますか
①配偶者 ②親 ③友人 ④親類 ⑤その他() ⑥誰もいない

28. Do you have anyone who helps raise your baby or with whom you can consult?

① Spouse ② Parent ③ Friend ④ Relative ⑤ Other() ⑥ None

29 子どもをもつ親との交流は楽しいですか
①楽しい ②ふつう ③あまり楽しくない ④子どもをもつ親との交流はない

29. Is it fun to communicate with other parents?

① Enjoy ② OK ③ Not very fun ④ No social contacts with other parents

30 今までにお子さんが事故にあったことがありますか
①転落 ②やけど ③誤飲(タバコ・薬・その他) ④その他()
いいえ・はい
病院を受診しましたか した・しない

30. Has your baby had any accidents?

① Fall ② Burn ③ Accidental ingestion (cigarettes, medicine, other)
④ Other ()

No / Yes

Did you take your baby to the hospital?

Yes / No

31 家族の方でタバコを吸う方はいますか
いいえ・はい (父 本/日・母 本/日・その他の方(誰が) 本/日)

31. Does anyone in your family smoke?

No / Yes → (Father : _____cigarettes/day Mother : _____cigarettes/day

Other family member (Who is it? _____): _____cigarettes/day

32 タバコを吸う方はどこで吸いますか
①室内では吸わない ②換気扇のそばで吸う ③お子さんのいない部屋で吸う ④お子さんと同じ部屋で吸う

32. Where does he/she smoke?

① Not in the house ② Near a fan ③ In a room without children ④ In a room with children

33 相談したいことや、ご家庭で困っていることがありましたら、番号に○をつけ下の欄に内容を記入してください。

①離乳食のこと ②授乳のこと ③妊娠・避妊・性のこと ④お子さんのお口や歯のこと
⑤育児に対する協力が得にくい ⑥不安定な収入 ⑦会話が少ない ⑧親族との付き合い方 ⑨その他

33. If you would like to consult anything or have something troubling you in your household, please circle the topic number you would like to discuss and fill in the details below.

① Solid baby food ② Breast/bottle feeding ③ Pregnancy, birth control or sex ④ Baby's mouth and teeth
⑤ Not enough help raise the baby ⑥ Unstable income of household ⑦ Few conversation in your family
⑧ How to get along with relatives ⑨ Other

()