

4か月児健診アンケート Health Check-up Questionnaire for Your Baby at 4 Months Old

資料3

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() 保育園) Is your child attending nursery school? No / Yes (Nursery school)					
ご家族 ※同居の方を含む Family (all who live in same household)	家族の氏名 Name of family members	続柄 Relationship	年齢等 Date of birth/Age	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()	
妊娠・出生 の状況 母子手帳 の「妊娠」・ 「出産」の各 ページ をご覧ください。	妊娠中の状況 異常なし・あり(切迫早産・つわり・妊娠高血圧症候群・貧血・その他()) 分娩時の状況 異常なし・あり(帝王切開理由:骨盤位・その他()) 骨盤位分娩・吸引分娩・その他() 妊娠期間 妊娠()週 多胎(ふたご・三つ子) 分娩予定日 月 日 退院日 月 日生後()日 出産医療機関名 () 出生時 体重()g 身長()cm 胸囲()cm 頭囲()cm お子さんの状態 異常なし・あり 仮死 強い黄疸 → 光線療法 無 ・ 有()時間 保育器使用()時間 酸素使用()時間 その他()				
Record of pregnancy and delivery Please read the "Pregnancy" and "Childbirth" sections in the maternal and child health handbook.	Conditon of pregnancy Normal / <u>Abnormal</u> → (Threat of miscarriage or premature /Morning sickness/ Pregnant toxicosis /Pregnancy Induced Hypertension(PIH)/Anemia/Other[]) Conditon of delivery Normal / <u>Abnormal</u> → (Cesarean Section due to:breech presentation / other Breech delivery / vacuum extraction /other extraction/Other[]) Length of pregnancy :()weeks ()days Multiple birth (Twin/Triplets) Expected date of delivery (m)/ (d) Date of hospital discharge (m)/ (d) () days after birth Hospital name of your delivery () Baby's measurements at birth : Weigh()g Height()cm Chest circumference()cm Head circumference()cm Baby's condition at birth : Normal/ <u>Abnormal</u> Asphyxia Severe jaundice → Phototherapy No/Done()hours Use of incubator()hours /Use of oxygen()hours Other()				
お母さんの病気 Mother's health	今までにかかった、または現在かかっている病気はありますか なし・あり { ①糖尿病 ②高血圧 ③心臓病 ④腎臓病 ⑤甲状腺疾患 ⑥精神・神経の病気 ⑦その他() Have you ever had any of the following illness? Or do you have any of them now ? <u>No/Yes</u> → { ① Diabetes ② Hypertention ③ Heart disease ④ Kidney disease ⑤ Thyroid disease ⑥ Mental and neurological disorder ⑦ Other()				

(以下はお子さんのことについて記入してください。)

(Please fill in the following about your baby's information)

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小児肺炎球菌 ⑤B型肝炎(1回・2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)
- ③ Haemophilus Influenza typeB Vaccine (Hib) (1st, 2nd, 3rd)
- ④ Pediatric Pneumococcal Vaccine (1st, 2nd, 3rd) ⑤ Hepatitis B Vaccine (1st, 2nd, 3rd)
- 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 :)

現在の状況はいかがですか

Please answer the present condition of your baby.

- 1 あやすと声を出して笑いますか はい・いいえ
1. Does your baby laugh when you cuddle them (move a baby up and down in your arms)? Yes / No
- 2 首はすわりましたか はい・いいえ
2. Does your baby have his /her head control? Yes / No
- 3 腹ばいで頭を持ち上げますか はい・いいえ
3. Does your baby raise his/her head while lying on his/her stomach? Yes / No
- 4 うつぶせで遊ばせていますか はい・いいえ
4. Do you let your baby play on his/her stomach? Yes / No
- 5 ガラガラなどを持たせるとにぎっていますか はい・いいえ
5. Does your baby hold a rattle or other toys when you let him/her hold them? Yes / No
- 6 家族の顔を目で追いますか はい・いいえ
6. Does your baby follow his/her family member's faces with his/her eyes? Yes / No
- 7 目つきや目の動きがおかしいという心配がありますか はい・いいえ
7. Do you have any concerns about your baby's eyes or eye movement? Yes / No
- 8 見えない方から声をかけると顔を向けますか はい・いいえ
8. Does your baby turn his/her face toward you when you speak from opposite direction? Yes / No
- 9 今まで聴力検査をしたことはありますか はい・いいえ
その結果はいかがでしたか(正常・経過観察・治療が必要) ←
9. Has your baby ever taken any hearing screening test? Yes / No
Results(normal / needs follow-up / needs treatment) ←
- 10 きょうだい、両親、祖父母で子どもの頃から難聴の方はいますか いない・いる
10. Are there any family members who have had hearing disorders since childhood? No / Yes
Who is it? (siblings, parents, grandparents, others)
- 11 お母さんはこのお子さんの妊娠中に、発疹が出たり、高い熱の病気や風疹にかかったことがありますか いいえ・はい
11. Did the mother suffer from a rash, an illness with a high fever or rubella during the pregnancy of this baby? No / Yes
- 12 今まで股関節(こかんせつ)を整形外科医にみてもらったことがありますか ある・ない
その結果はいかがでしたか(正常・経過観察・治療が必要) ←
12. Have your baby had a checkup of the hip joints by an orthopedist? Yes / No
Results(normal / needs follow-up / needs treatment) ←
- 13 家族・親せきの方で股関節脱臼(だっきゅう)の方がいましたか いない・いる
どなたですか 父、母、兄弟姉妹、祖父母、おじ、おば、いとこ、その他() ←
13. Are there any family members/relatives who have suffered from hip joints dislocation? No / Yes
Who are they? (father, mother, siblings, grandparents, aunt, uncle, cousin, other) ←
- 14 おむつを替える時、股の開きが悪いと思ったことがありますか(英:股の開きはいいですか?) いいえ・はい
14. Do you feel that your baby's legs open wide when changing diapers? Yes / No

15 お子さんの足を動かすと股関節付近で音がすることがありますか いいえ・はい
15. Do you hear any sound from the hip joints area of your baby when you move his/her legs? No / Yes

16 次のことがらであてはまることがありますか(いくつでも) いいえ・はい
①手がかかる ②あまり泣かない方だ ③視線が合いづらい ④泣いてばかりいる
⑤あまり長く寝ない ⑥日中眠ってばかりいる ⑦抱きにくいと思うことがある

16. Do you have any concerns about your baby? Circle all appropriate answers. No / Yes
① Requires a lot of care ② Doesn't cry so often ③ Can't make eye contact enough
④ Cries a lot ⑤ Doesn't sleep for a long time ⑥ Sleeps in most daytime
⑦ Sometimes I feel hard to hold my baby.

17 お子さんのからだや発達のことでご心配がありますか とくにない・ある
17. Do you have any concerns about your baby's health and development? Nothing in particular / Yes
()

18 母乳やミルクの飲みは良いですか はい・いいえ
母乳1日()回 } 1回の哺乳時間()分
粉ミルク1日()回(合計 ml)
18. Does your baby suck well? Yes / No
Breast milk : _____ times per day } Duration of nursing each time()min
Formula : _____ times per day(ml in total)

19 昼間の授乳間隔は決まっていますか いいえ・はい
①はい()時間ごと ②いいえ()時間~()時間
19. How do you feed your baby in the daytime?
① Regularly : _____ every hours ② Irregularly : sucking intervals from _____ hours to _____ hours

20 母乳分泌、乳房、授乳方法で相談したいことはありますか 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)
20. 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)

21 お母さんの体調で相談したいことはありますか 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()
21. 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 Loss of hair ⑧ Incontinence ⑨ Weight loss ⑩ Numbness of hands
⑪ Pain (Headache, backache, wrist and knee) ⑫ Other()

22 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子どもをかわいと思うはず負担 ⑥自分の時間がなくなり苦痛
⑦その他()
22. 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()

23 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()

23. 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()

24 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

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

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

25 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

25. Is it fun to communicate with other parents?

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

26 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その他()
病院を受診しましたか した・しない

いいえ・はい

26. Has your baby had any accidents?

- ① Fall ② Burn ③ Other()

Did you take your baby to the hospital?

Yes / No

No / Yes

27 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)

27. Does anyone in your family smoke?

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

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

28 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

28. 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

29 相談したいことや、現在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お書きください

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

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

Large empty rounded rectangular box for providing details for question 29.