10か月児健診アンケート

Health/Development Questionnaire for Your 10 Month Old Baby

太枠内に記入し、あてはまるものに〇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 back of the form 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 attending the checkup with the baby?	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 the baby	family name　　given name			住所 Address	
国籍 Nationality				電話 Telephone	(mobile / home)
生年月日 Date of birth	年　月　日生 (Year / Month / Day) /　/	男・女 Male / Femal	（第　　子） Your 1st, 2nd, 3rd, or ___	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 baby attending daycare?　No / Yes (Name of the facility:　　　　　)

ご家族 ※同居の方を含む Family (People who reside with the baby)	家族の氏名 Name of family member	続柄 Relationship	年 齢 等 Date of birth / Age	健康状態・治療中の病気 Condition of health	職業、学校、保育園、幼稚園等 Occupation, school, kindergarten, daycare, etc.
		父 Father	(Year/Month/Day)　Age /　/　・	良・治療中（　　　） Healthy/Receiving treatment for(　　　)	
		母 Mother	(Year/Month/Day)　Age /　/　・	良・治療中（　　　） Healthy/Receiving treatment for(　　　)	
			(Year/Month/Day)　Age /　/　・	良・治療中（　　　） Healthy/Receiving treatment for(　　　)	
			(Year/Month/Day)　Age /　/　・	良・治療中（　　　） Healthy/Receiving treatment for(　　　)	
			(Year/Month/Day)　Age /　/　・	良・治療中（　　　） Healthy/Receiving treatment for(　　　)	

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）

⑤その他【ロタ・左記以外（　　　　　）】

Immunization record (Circle the vaccinations your baby has received.)

① BCG　② Diphtheria/Whooping cough/Tetanus/Polio vaccine(DTP-IPV) (1st, 2nd, 3rd)

③ Haemophilus influenzae type B 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 problems? (Include illnesses that have been cured.)

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

通院中の病気　なし ・ あり（病名:　　　　医療機関名:　　　　）

Is your baby currently receiving medical treatment?

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

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 seizure?

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

現在の状況はいかがですか

Please answer the following questions about your baby's development.

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. Is your baby stable when sitting and does he/she play in a 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 crawl on his/her stomach, crawl on hands and knees, or move around 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

4. Can your baby stand up when you support him/her?　Yes / No

5　自分でつかまって立ち上がりますか　はい ・ いいえ

5. Does your baby stand up by him/herself while holding onto something?　Yes / No

6　伝い歩きをしますか　はい ・ いいえ

6. Does your baby walk around while holding onto something (like furniture)?　Yes / No

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

7. Does your baby pick up small objects using his/her thumb and index finger?　Yes / No

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

8. Do you have any concerns about your baby's eyes or vision?　Yes / No

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

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

9. Please describe your baby's reaction to the hearing ability test (whisper test) as shown on the attached paper.

① Does your baby turn around when you call his/her name?　Yes / No / Not sure

② Does your baby turn around when you say "*Shhh*"(or when you make any other quiet sounds or noises)?

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

10. Does your baby follow you or cry when you go out of his/her sight?　Yes / No

11　人見知りをした時期がありますか　はい ・ いいえ

11. Has your baby ever had a period of time when he/she was afraid of strangers?　Yes / No

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

12. Does your baby imitate gestures of you or other people?

(e.g. clapping his/her hands, banging on a desk, etc.)　Yes / No

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

13. Does your baby make recognizable sounds like "mama", "papa" or "dada?"　Yes / No

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

14. Does your baby pull his/her hands away or look at your face when you say "No!"?　Yes / No

15　親が指さしした方を見ますか　はい ・ いいえ

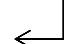
15. Does your baby look in the direction of where you are pointing?　Yes / No

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

16. Does your baby try to communicate with you by making a sound (vocalizing) when he/she is in a good mood?

Yes / No

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

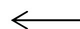


①視線が合いづらい　②甘えてこない　③夜泣きがひどい　④抱きにくいと思うことがある

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 that are appropriate.　No / Yes



① Does not make eye contact often.　② Does not come to you for comfort or attention.

③ Cries uncontrollably at night.　④ Does not like being held or cuddled.

⑤ Does not fall asleep easily.　⑥ Is short-tempered.　⑦ Is very quiet.

⑧ Cries easily and very often. ⑨ Rarely demands attention.

⑩ Is very 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心配がありますか　とくにない ・ ある

18. Do you have any concerns about your baby's health and development?　No / Yes

If yes, describe: (　　　　)

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回の食事量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 at what times do you feed your baby solid food?

1st time: approximately (　:　) 2nd time: approximately (　:　) 3rd time: approximately (　:　) Irregular times

On average, how much do you feed your baby every day?

(　　　) small cups of food (including rice and side dishes) ※One small cup for children usually holds 100 grams of steamed rice.

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 do you feed your baby breast milk and/or baby formula?
( ) time(s) with baby food, and ( ) time(s) without baby food
How much formula do you feed your baby if applicable?
( ) ml/time with baby food, and ( ) ml/time without baby food. ( ) ml/day in total

21　お子さんが食べたことのあるものに〇をつけてください
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 yolk ⑥ Egg white ⑦ Tofu ⑧ Natto
⑨ Fat/Oil ⑩ Dairy products ⑪ Vegetables and 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 sweet beverages (like juice, yogurt drink, sports drink or others) over four times a 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? No / Yes
Did he/she consult a doctor? ① Yes (List known food allergies:) ② No

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 production, breast troubles, breastfeeding methods, etc.?
No / Yes
① Insufficient amount of breast milk ② Too much breast milk ③ Uneven breast milk production
④ Breast problems (lump / easily blocked milk ducts / nipple fissures / 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 own mental and physical health? No / Yes
① Getting tired easily ② Sleeplessness ③ Lack of appetite ④ Feeling 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, or joint pain)
⑫ Other ( )

26　お子さんと一緒の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 do you feel about being a mother/parent?
① I enjoy every day. ② I enjoy raising my baby, despite the additional burdens and responsibilities.
③ I feel tired often. ④ I feel irritated ⑤ I do not feel a connection with my baby.
⑥ I feel stressed by a lack of free 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 child-rearing? Which of the following apply to you?
① Sometimes I worry, but I can manage by myself. ② No concerns. ③ I try not to worry.
④ Often worried due to a lack of self-confidence in child-rearing
What are you worried about?
① Lack of knowledge about child care and child-rearing ② How to deal with his/her older siblings
③ How to communicate with other parents ④ Difference in parenting styles 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?

Yes : ① Spouse ② Parent ③ Friend ④ Relative ⑤ Other（　　　　　　　　） / ⑥ No

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. Do you enjoy communicating with other parents?

① Yes ② Sometimes ③ No ④ No contact 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　　いいえ ・ はい
①転落 ②やけど ③誤飲（タバコ・薬・その他）
④その他（　　　　　　　　　　　）
病院を受診しましたか　　した ・ しない

30. Has your baby had any accidents?　　No / Yes

① Fall ② Burn ③ Accidental ingestion（cigarettes, medicine, other:　　　　　　　　）
④ Other（　　　　　　　　　　　）
Did you take your baby to a hospital/clinic?　　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（____________）: ____________ 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 an air vent 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 with us about anything or have something troubling you at home, please circle the topic you would like to discuss and describe the details below.

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