

# 4か月児健診アンケート Health/Development Questionnaire for Your 4 Month Old Baby

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 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		母親・父親・その他( )			
Who is completing this questionnaire?		Mother/Father/Other( )			
本日の健診に同伴された方はどなたですか		母親・父親・祖父母・その他( )			
Who is attending the checkup with the baby?		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 / Female	(第 子) Your 1st, 2nd, 3rd, or _____		
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 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 members	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 ( )	
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。  Condition during pregnancy and delivery  Please refer to the "Pregnancy" and "Childbirth" sections in the Maternal and Child Health Handbook.	妊娠中の状況	異常なし・あり(切迫流産・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	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( )		
	Condition during pregnancy	Normal / <u>Abnormal</u> (Threatened miscarriage or premature delivery / Severe morning sickness / Pregnancy induced hypertension(PIH)/Anemia/Other[ ])			
	Condition during delivery	Normal / <u>Abnormal</u> (Caesarean section due to: breech presentation/other reason [ ], Breech delivery / Vacuum extraction delivery / Other[ ])			
Length of pregnancy	:( )weeks and ( )days Multiple birth (Twins/Triplets)				
Expected date of delivery	(month/date) /				
Date of hospital discharge	(month/date) / ( ) days after birth				
The name of the hospital	where you delivered the baby ( )				
The baby's measurements at birth	: Weight( )g Height( )cm Chest circumference( )cm Head circumference( )cm				
The baby's condition at birth	: Normal/ <u>Abnormal</u> Birth Asphyxia Severe jaundice→Phototherapy : Not received / Received for ( ) h Use of incubator for ( ) hours / Use of oxygen for ( ) hours Other( )				
お母さんの病気 Mother's	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 or do you currently have any of the following illnesses?					

health | No / Yes → ① Diabetes ② Hypertension ③ Heart disease ④ Kidney disease  
⑤ Thyroid disease ⑥ Mental or neurological disorders 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 answer the following questions about your baby.)

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 (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 )  
⑥ Rotavirus / 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: )

現在の状況はいかがですか

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

- 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 play with him/her? Yes / No
- 2 首はすわりましたか はい・いいえ  
2. Can your baby hold his/her head up? 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 continue to hold a rattle or other toys after you give it to him/her? 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 the opposite direction? Yes / No
- 9 今まで聴力検査をしたことはありますか(母子健康手帳P17を参考にご記入ください。) はい・いいえ  
検査方法: 自動ABR・OAE・不明  
検査結果: 右(パス・リファー) ←  
左(パス・リファー)

9. Has your baby ever received a newborn hearing screening? (Please refer to your Maternal and Child Health Ha Yes / No

Screening method: ABR · OAE · Unknown

Results: right [ "Pass" · "Referred for further screening" ]

left [ "Pass" · "Referred for further screening" ]

- 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. Is there a history of childhood hearing disorders in either of the parents' families? No / Yes  
 How are they related to your baby? ( 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 pregnancy? 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. Has your baby had his/her hip joints checked by an orthopedist or pediatrician? Yes / No  
 Results(normal / needs follow-up / needs treatment) ←
- 13 家族・親せきの方で股関節脱臼(だつきゅう)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. Does your baby have any family members/relatives who have suffered from hip joint dislocation? No / Yes  
 How are they related to your baby? ( 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 いいえ・はい  
 14. Do you suspect any problems in the mobility/flexibility of your baby's hip joints when changing his/her 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 unusual sound from the hip joint 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 that are appropriate. No / Yes  
 ① Overly demanding. ② Does not cry very often. ③ Does not make eye contact often.  
 ④ Cries a lot. ⑤ Does not stay asleep for very long. ⑥ Sleeps all day.  
 ⑦ Does not like being held or cuddled. ←
- 17 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  
 17. Do you have any concerns about your baby's health and development? No / 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 feed well? Yes / No  
 Breast milk : \_\_\_\_\_ times/day } Duration of nursing: ( ) minutes each time  
 Formula : \_\_\_\_\_ times/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 often do you feed your baby in the daytime?  
 ① Regularly : every \_\_\_\_\_ hours ② Irregularly : between \_\_\_\_\_ 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 production, breast troubles, breastfeeding methods, etc.?  
 ① Insufficient amount of breast milk ② Too much breast milk ③ Uneven breast milk production No / Yes  
 ④ Breast problems(lump / easily blocked milk ducts / nipple fissures / other ) ←

- 21 お母さんの体調で相談したいことはありますか  
 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( )

いいえ・はい  
 ←

21. 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 Loss of hair ⑧ Incontinence ⑨ Weight loss ⑩ Numbness of limbs  
 ⑪ Pain(headache, backache, joint pain) 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子どもをかわいいと思えず負担 ⑥自分の時間がなくなり苦痛  
 ⑦その他( )

22. 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( )

- 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 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( )

- 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 with whom you can consult?

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

- 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. Do you enjoy communicating with other parents?

- ① Yes ② Sometimes ③ No 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?

No / Yes  
 ←

- ① Fall ② Burn ③ Other( )

Did you take your baby to a hospital/clinic?

Yes / No

- 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(\_\_\_\_\_): \_\_\_\_\_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 an air vent 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 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 Baby food ② Breast/bottle feeding ③ Pregnancy, birth control or sex  
④ Not enough help raising your baby ⑤ Unstable household income ⑥ lack of conversation/interaction in your family  
⑦ How to get along with relatives ⑧ Other

