

乳児健診・育児相談票

お名前	男 女	生年月日	20	年	月	日 (月)
記載者	(続柄)	記載日	20	年	月	日

お子さんや子育てについて心配なこと、相談したいことを書いてください

けいれんをおこしたことがありますか? いいえ はい→ () か月の時 体温 () 度
 目に関して心配なことがありますか? いいえ はい→ ()
 耳・聞こえに関して心配なことがありますか? いいえ はい→ ()
 アレルギーについて心配なことはありますか? いいえ はい→ ()

全員お答えください	5か月以降の方はお答えください
抱いた時に頭がぐらつかない () か月	寝返り () か月
うつ伏せにした時頭が持ち上がる () か月	両手をつかずにひとりで座る () か月
半分寝返り () か月	うつ伏せからお座りになる () か月
機嫌が良くてもそりかえりやすい・抱きにくい いいえ はい	はいはいをする () か月
動くものを目で追う () か月	つかまり立ち () か月
ガラガラを持たせると持つ () か月	つたい歩き () か月
左右の指しゃぶり・手しゃぶりをする () か月	つかまらないうで立つ () か月
仰向けで、両手を合わせて遊ぶ () か月	指先で小さいものをつまむ () か月
音のする方向に顔を向ける () か月	名前を呼ぶと振り向く () か月
あやすと笑う () か月	指を指して教えたとその方向を見る () か月
哺乳・食事について	欲しいものを声を出して要求する () か月
母乳 : 1回 () 分、1日 () 回	簡単な身ぶりの真似 (バイバイなど) () か月
人工乳 : 1回 () mL、1日 () 回	言葉を理解している (おいでなど) () か月
種類 : 普通 フォローアップ その他 ()	喃語 (マンマンマン、ダーダーなど) () か月
その他 : () を1日 () 回	人見知りをする () か月
離乳食 : まだ与えていない () か月から開始した	手づかみ食べをする () か月

食事について 食べたことがあるもの : 米 大豆 小麦 卵白 卵黄 牛乳 ヨーグルト チーズ 肉 魚 野菜
 1回量 () に () 杯 1回 () 分 1日 () 回 偏食 : なし あり
 主食の形態 全粥 軟飯 ごはん

排便について () 日に () 回 軟らかい・普通・硬い 黄・緑・茶色・() オムツ交換 () 回/日

生活リズムについて 1日の様子を記号で記入してください

0	3	6	午前 9	正午	3	午後 6	9	深夜 0時

←→睡眠 ◎母乳 ○人工乳
 △離乳食 ×ごはん □おやつ

育児についての家族の態度について 当てはまるものに○をつけてください (主な保育者がお答えください)

主な保育者に○をつけてください

母	父	父の父	父の母	母の父	母の母			
手をかけすぎる								
協力的である								
無関心								

今の気持ちについて 当てはまるものに○をつけてください

育てにくさや、こどもとの関わりかたに困難を感じますか いいえ はい ()

育児についての相談相手はいますか あり () なし

育児をしてイライラしたり疲れたと感じるのはどんな時ですか? ()

解消方法がありますか? ()

育児について とっていない とっている () 年 () 月まで

就園について () 年 () 月より () 園へ就園中・就園希望中・未定

初診の方は裏面もご記入ください 前回受診以降に変更がある場合は変更点をご記入ください

問診票（できるだけ詳しくお書きください）

<p>【妊娠中のことについて】 この子の妊娠の前に流産・早産はありましたか なし あり：流産（ ）回 早産（ ）回 この子の妊娠中に異常はありましたか なし あり：高血圧 貧血 その他（ ）</p> <p>【出生時、新生児期のことについて】 出生は予定日と比べて 予定通り・早かった（ ）日・遅かった（ ）日 出生週数 在胎（ ）週（ ）日 出産は 普通・その他（ ） 出生時体重（ ）kg 黄疸は なし あり（治療内容）（ ） その他に異常があれば（ ）</p> <p>【発達について】 離乳食開始（ ）か月 首がすわったのは（ ）か月 お座りは（ ）か月 つかまり立ちは（ ）か月 歩きはじめたのは（ ）か月 有意語（ ）か月</p> <p>【家族歴について】 父（ ）歳 健康（ ） 母（ ）歳 健康（ ） 兄弟（ ）歳 健康（ ） 兄弟（ ）歳 健康（ ） その他</p> <p>家族や血のつながった親戚の人で次の病気にかかったことがありますか ない 心疾患 けいれん 結核 先天疾患 がん（ ） 喘息 薬疹 アレルギー（ ） その他（ ）</p>	<p>【予防接種について】 今までにすませた予防接種に丸をつけてください BCG B型肝炎（1回目 2回目 3回目） ロタ（1回目 2回目 3回目） 3種混合（1回目 2回目 3回目 追加） 4種混合（1回目 2回目 3回目 追加） 5種混合（1回目 2回目 3回目 追加） 麻しん風しん（第1期 第2期） 水ぼうそう（1回目 2回目） 日本脳炎（1回目 2回目 3回目 第2期） 子宮頸がん（1回目 2回目 3回目） 肺炎球菌（1回目 2回目 3回目 追加） ヒブ（1回目 2回目 3回目 追加） おたふくかぜ 不活化ポリオ 麻しん 風しん 2種混合（DT） 新型コロナ（今年）（ ）回 インフルエンザ（今年）（ ）回 その他</p> <p>【今までかかった病気について】 次のうちすでにかかった病気に○をつけてください みずぼうそう おたふくかぜ 糖尿病 心疾患 肝臓病 腎臓病 喘息 肺炎 がん 精神疾患 胃腸の病気 その他大きな病気（ ） 入院したり手術を受けたことがあればお書き下さい 病名（ ）時期（ ）治療内容（ ）</p>
---	--

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい いいえ ※必ずご記入ください

当院をどのようにお知りになりましたか？さしつかえなければ教えてください

- 家族や知人の紹介 インターネット（Google 病院情報サイト その他）（ ）
- 通りがかり 看板 広告（ ） 他院からの紹介（ ）
- その他（ ）

その他伝えておきたいことがあればご記入ください