

4カ月児健康診査質問票

受付 No.

フリガナ				生年月日	令和	年	月	日生
氏名		男 女	電話番号					
			() 保育園・こども園				年	月
住所	八幡市							
家族構成	氏名	続柄	性別	年齢	職業	健康状態		
			男・女			健康・否 ()		
			男・女			健康・否 ()		
			男・女			健康・否 ()		
			男・女			健康・否 ()		
			男・女			健康・否 ()		
			男・女			健康・否 ()		
出産前後	1. 妊娠中の経過 特になし / あり ()							
	2. お母さんの産後の経過 良好 / 不良 ()							
	3. 気分が沈んだり、涙もろくなったり、何もやる気になれないことがありましたか？ いいえ / はい (いつ頃ですか？) ()							
誕生時	1. 生まれたとき 身長 <u> </u> cm 体重 <u> </u> g 胸囲 <u> </u> cm 頭囲 <u> </u> cm							
	2. 妊娠何週で生まれましたか？ <u> </u> 週 <u> </u> 日							
	3. 生まれた病院名 ()							
	4. 生まれたときお子さんの様子 特になし / その他 ()							
	5. 1カ月児健康診査を受診しましたか？ はい (月 日受診：体重 <u> </u> g) / いいえ							
健康状態	1. 生まれてからこれまでに病気をされましたか？ いいえ / はい ()							
	2. 現在、継続して治療や経過をみてもらっている病気があればご記入ください (いつから： <u> </u> 病名： <u> </u> 病院名： <u> </u>) ()							
	3. ひきつけを起こしたことがありますか？ いいえ / はい (いつ頃 <u> </u> 、回数 <u> </u> 回)							
	4. かかりつけ医 <u> </u> あり / なし							
	5. ヒブワクチンの接種を始めていますか？ はい / いいえ							
	小児用肺炎球菌ワクチンの接種を始めていますか？ はい / いいえ							
	B型肝炎ワクチンの接種を始めていますか？ はい / いいえ							
4種混合ワクチンの接種を始めていますか？ はい / いいえ								
ロタウイルスワクチンの接種を始めていますか？ はい / いいえ								
栄養	1. 栄養方法 母乳 1日 <u> </u> 回 ミルク 1日 <u> </u> 回 (1回に <u> </u> ml)							
	2. ミルクのみの方は、母乳をいつ頃まで与えていましたか？ (<u> </u> 頃まで)							
	3. その他に何か与えていますか？ (内容 <u> </u>) を (<u> </u> どれくらいの量 <u> </u>) 与えている。							

裏面もご記入ください

