



【注意】鶴ケ島市外に転出した場合は、この問診票は使用できません。

1か月児健康診査問診票

鶴ケ島市

受診日 令和 年 月 日

住 所	鶴ケ島市	電話	
フリガナ		男・女	生年月日
児の氏名			令和 年 月 日生
保護者の氏名			(受診日生後 日)

※ 鶴ケ島市1か月児健康診査を行うために必要となる範囲内で、委託医療機関及び鶴ケ島市の間で本問診票の情報が相互利用されることについて同意したものとみなします。

記入日: 令和 年 月 日

※問診票は、主にお子さんの世話をされている方が受診日の2～3日前に記入してください。

出生時の状況	在胎週数 ()週	出生時体重 ()g
お子様の様子について	1 お乳・ミルクをよく飲みますか。	は い ・ いいえ
	2 元気な声で泣きますか。	は い ・ いいえ
	3 大きな音にピクッと手足を伸ばしたり、泣き出したりすることはありますか。	は い ・ いいえ
	4 お乳を飲む時や泣いた時に唇が紫色になることがありますか。	いいえ ・ は い
	5 からだが特に柔らかいとか、硬いと感じたことがありますか。	いいえ ・ は い
	6 うすい黄色、もしくはうすいクリーム色の便(便色カード1番から3番)が続いていますか。	いいえ ・ は い
	7 あなたの顔をじっとみつめることがありますか。	は い ・ いいえ
	8 裸にすると手足をよく動かしますか。	は い ・ いいえ
子育てについて	9 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	いいえ ・ は い (1日 本)
	10 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	いいえ ・ は い (1日 本)
	11 窒息の可能性がある柔らかい寝具等を避け、仰向けに寝かせていますか。	は い ・ いいえ
	12 ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫をしていますか。	は い ・ いいえ
	13 あなたはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。	は い ・ いいえ ・ 何ともいえない
	14 赤ちゃんをいとおしいと感じますか。	は い ・ いいえ ・ 何ともいえない ()
	15 子育てについて不安や困難を感じることはありますか。	いいえ ・ は い ・ 何ともいえない ()
	16 子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。	は い(配偶者・祖父母・その他) ・ いいえ
	17 (きょうだいがいらっしゃる方へ)きょうだいのことで相談したいことはありますか。	いいえ ・ は い()
	18 お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。	そう思う ・ そう思わない() その他()
	19 お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなってしまったことがありますか。	いいえ ・ は い()
	20 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。	ゆとりがある ・ 普通 ・ 苦しい ()
	21 あなたは、ときどきご自身の時間をもつことはできていますか。	は い ・ いいえ
接予種防	22 2か月頃から始まる予防接種の内容についてご存知ですか。	は い ・ いいえ

相談内容・指導内容

担当者()

受診医療機関