

[5] 단순서식변경


乳幼児健康診断問診票(9~12ヶ月用)

| | | | | | |
|-------|--|---------|--|-----------------|--|
| 受検者氏名 | | 住民登録番号 | | 保護者連絡先 | |
| 保護者氏名 | | 受検者との関係 | | E-mail(メール)アドレス | |

乳幼児健康診断は乳幼児の正常な成長と発達を確認するためのもので、特定の疾患を発見するためのものではありません。
その点をご理解いただけましたでしょうか。


はい ☐ いいえ ☐

| | | | | | | |
|---|-----|--------------------------------|-----|---------------|------|---------------------------|
| 1. お子様の生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | 2. 出生時の体重: ■. ■ kg (小数点以下1桁まで) | | | | |
| 3. お子様は未熟児として生まれましたか。① はい(☞分娩予定日は _____ 年 _____ 月 _____ 日) ② いいえ | | | | | | |
| 4. 今までに受けた予防接種の欄にそれぞれ回数を記入してください。 | | | | | | |
| | BCG | B型肝炎 | DPT | 小児麻痺 (ポリオ) | 肺炎球菌 | ヘモフィルス インフルエンザ菌b型(Hib) |
| 受けた回数 | | | | | | |
| 5. 発達問題で診断を受けたことや治療中の疾患はありますか。 | | | | | | |
| ① はい ② いいえ はいと答えた場合は具体的な診断名 _____ | | | | | | |

 視覚


はい① いいえ②

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 視線は合いますか。 | ① | ② |
| 2 | 瞳の位置が不自然ですか。(内側に寄ったり焦点が合わずに外を向いたりしますか。) | ① | ② |
| 3 | 黒い瞳の部分(瞳孔)が濁っていますか。 | ① | ② |
| 4 | ご家族の中に目に関連する遺伝疾患のある方はいらっしゃいますか。 | ① | ② |

 聴覚


はい① いいえ②

| | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| 1 | 名前を呼ぶ声、電話の着信音、人の声などに反応しますか。 | ① | ② |
| 2 | 一人でいるときもしきりに喃語を発しますか。 | ① | ② |
| 3 | 音がするほうを目で追いながら見ますか。 | ① | ② |
| 4 | 話しかけると集中して聞きますか。 | ① | ② |
| 5 | 日、月、日で始まる言葉に近い喃語を時々発したりしますか。 | ① | ② |

 乳幼児事故予防関連


はい① いいえ②

| | | | |
|---|---|---|--------|
| 1 | ピーナッツやブドウ、ボタンなどの小さな物で遊びますか。 | ① | ② |
| 2 | お子様を歩行器に乗せたことがありますか。 | ① | ② |
| 3 | 食卓やテーブルの端に熱い飲み物や食べ物を置いたりしますか。 | ① | ② |
| 4 | ベビーバスやバスタブ、お手洗いの中に少しの間でもお子様を一人にしておいたことがありますか。 | ① | ② |
| 5 | チャイルドシートは後ろ向きに付けていますか。(チャイルドシートや乗用車がない場合は③) | ① | ② ③ |

 口腔関連

はい① いいえ②

| | | | |
|---|------------------------|---|---|
| 1 | 哺乳瓶やおっぱいをくわえたまま寝ますか。 | ① | ② |
| 2 | 哺乳瓶を卒業する練習はしていますか。 | ① | ② |
| 3 | 虫歯があると思いますか。 | ① | ② |
| 4 | 白い斑点が見られる歯はありますか。 | ① | ② |
| 5 | お子様の口腔衛生レベルは良好だと思いますか。 | ① | ② |
| 6 | お子様の歯を定期的に磨いてあげていますか。 | ① | ② |

 栄養関連

| | | |
|---|--|-------------------|
| 1 | 離乳期補充食(離乳食)は一日に何回あげていますか。 ① 1回 ② 2回 ③ 3回 ④ 4回以上 | ① ② ③ ④ |
| 2 | 離乳期補充食(離乳食)としてどんなものをあげていますか。(該当するものすべてにチェック) ① 穀類 ② 野菜 ③ 果物 ④ 卵 ⑤ 魚 ⑥ 肉 | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 3 | 現在お子様にどんなものをあげていますか。(該当するものすべてにチェック) ① 母乳 ② 一般粉ミルク ③ 特殊粉ミルク ④ 牛乳 ⑤ 発酵乳製品 (チーズ/プレーンヨーグルトなど) | ① ② ③ ④ ⑤ |
| 4 | 次の中にお子様に食べさせてみたものはありますか。(該当するものすべてにチェック) ① 禅食 ② ハチミツ ③ 塩や砂糖 ④ この中にはない | ① ② ③ ④ |

※ 決められた回数を超過して検診を受ける場合、その検診費用は不当利得金として回収されます。