

4 カ月児健康診査アンケート

1. お乳（ミルク）をよく飲みますか はい・いいえ
2. ガラガラなどのおもちゃを少しの間、にぎっていますか はい・いいえ
3. 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか いいえ・はい
4. あやすと声を出して笑いますか はい・いいえ
5. 抱いたとき、反り返ったりつっぱって抱きにくいですか いいえ・はい
6. からだが特に柔らかいと感じたり、逆に硬く感じたことはありますか
いいえ・はい
7. お母さんやお父さんの目をみつめますか はい・いいえ
8. おむつを換えるときに脚の開きが気になることがありますか いいえ・はい
9. お母さんやお父さんは抱っこやことばかけを充分していますか
はい・どちらともいえない・いいえ
10. 授乳中にテレビをつけたり、携帯電話を使ったりしていますか
いいえ・ときどき・はい
11. ベッドから落ちたり、窒息しそうになったり、その他事故をおこしたことはあります
か いいえ・はい（たとえば)

お母さんの最近のご様子についてお尋ねいたします。

12. 育児は楽しいですか はい・どちらともいえない・いいえ
13. 育児に心配はありますか いいえ・どちらともいえない・はい
14. 育児は疲れますか はい・どちらともいえない・いいえ
15. 気分が落ち込むことがありますか いいえ・はい・その他
16. 食欲はありますか はい・いいえ・その他
17. 睡眠はとれていますか はい・いいえ・その他
18. 家族は育児に協力してくれますか はい・いいえ・その他
19. 育児を手伝ってくれる人がいますか
いる・[配偶者、祖父母、友人、その他]・いない
20. 育児についての相談相手はいますか
いる・[配偶者、祖父母、友人、その他]・いない
21. 子どもの発育や病気のことがとても気になりますか
いいえ・どちらともいえない・はい
22. その他、心配なことや相談したいことがありますか
()