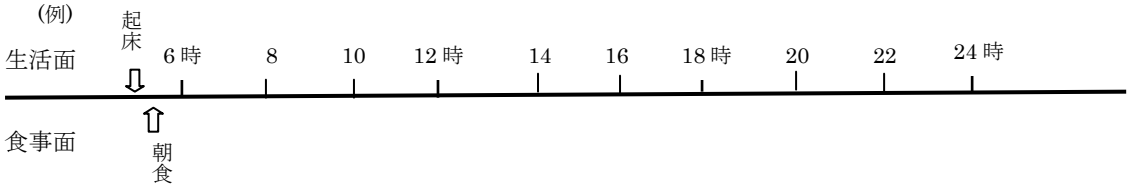
7カ月健康診査アンケート

1. 腹ばいで、片手をあげておもちゃがとれますか　はい・いいえ
2. 寝返りをしますか　はい・いいえ
3. 支えないでしばらく座っていますか　はい・いいえ
4. 支えて立たせると膝の上でピョンピョンはねますか　はい・いいえ
5. 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
6. 耳が聞こえないと心配したことがありますか　いいえ・はい
7. イナイイナイバーをすると喜びますか　はい・いいえ
8. 「ダ―ダ―」「ブ―ブー」などの話しかけるような声を出しますか　はい・いいえ
9. おもちゃをながめたり、振ったりして遊びますか　はい・いいえ
10. 今までになにか事故を起こしたことがありますか　ない・ある
    けが・やけど・転落・誤飲［くすり・タバコ・その他（　　）］
11. お母さんはつとめに出ていらっしゃいますか　はい・いいえ
12. 昼間どなたがおもに保育をしていらっしゃいますか
    母・父・祖母・保育園・その他（　　）
13. 育児についての相談相手がいますか
    いる（どなたですか　　）・いない
14. 育児は楽しいですか　はい・どちらでもない・いいえ
    心配ですか　いいえ・どちらでもない・はい
    疲れますか　いいえ・どちらでもない・はい
15. お母さんもいっしょに遊んであげていますか　はい・ときどき・いいえ
16. お母さんの健康状態はよいですか　はい・いいえ
17. お父さんは育児をよく手伝ってくれますか　はい・ときどき・いいえ
18. 赤ちゃんのそばでテレビをつけたままにしていませんか
    いない・いる（約　　時間）
19. お子さんの一日の生活状況(起床、食事、睡眠など)を下のタイムスケジュール表にご記入ください



21. 離乳食について心配なことはありませんか（例：離乳食が進まない、食べないなど）

[　　]

20. 心配なこと、相談したいことがあれば空欄にご記入下さい。

[　　]

出典　福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会作成「乳幼児健診マニュアル」