

Health Checkup Questionnaire for 1-Month-Old Infants

*Please complete this form on the day of the health check.

お子さんの氏名 Name of Child		母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載の番号) Maternal and Child Health Handbook No. (No. on the supplementary booklet cover)							
生年月日 Date of Birth	年 YYYY	月 MM	日 DD	男・女 Boy / Girl	第 () 子 Child No. (Birth Order) ()				
保護者氏名 Name of Guardian () 連絡先 (母・父 : Contact Information (Mother/Father: ()			住所 Address 区 Ward						
出生時の状況 Birth Details		在胎週数 (週 日) Gestational age (weeks days)			出生体重 () g Birth weight () g				
先天性代謝異常検査の結果 Congenital Metabolic Disorder Screening Results		異常なし・異常あり No abnormalities / Abnormality		ビタミン K ₂ の投与 Vitamin K ₂ administration		できている・できていない Administered / Not Administered			
新生児聴覚検査の結果 Newborn Hearing Screening Results		右 (パス・リファー) ・左 (パス・リファー) Right (Pass / Refer) / Left (Pass / Refer)							
		※リファーの場合記入 精密検査を受けましたか (受診済・受診予定・受診していない) *If referred, please complete: Have you had a detailed examination? (Yes / Scheduled / No)							
栄養法 Feeding Methods:		母乳 回～ 回 ・Breastfeeding to times per day		ミルク(人工乳) 回～ 回 (1 回 ml 程度) ・Formula to times per day (approx. ml per feeding)					
お子さんについて About Your Child	1. 母乳やミルク (人工乳) をよく飲みますか 1. Does your child drink plenty of breast milk or formula?				はい・いいえ Yes / No				
	2. 元気な声で泣きますか 2. Does your child cry with a vigorous voice?				はい・いいえ Yes / No				
	3. 大きな音にビッ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 3. Does your child sometimes suddenly stretch their arms and legs and start crying when hearing a loud noise?				はい・いいえ Yes / No				
	4. 母乳やミルク (人工乳) 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 4. Do your child's lips sometimes turn purple when drinking breast milk or formula, or when crying?				いいえ・はい No / Yes				
	5. からだが特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか 5. Have you ever felt that your child's body is unusually floppy or stiff?				いいえ・はい No / Yes				
	6. うすい黄色、うすいクリーム色の便 (便色カード 1 番～3 番) が続いていますか 6. Has your child continued to have pale yellow or pale cream-colored stools (Stool color cards 1-3)?				いいえ・はい No / Yes				
	7. あなたの顔をじっとみつめることがありますか 7. Does your child sometimes stare intently at your face?				はい・いいえ Yes / No				
	8. 裸にすると手足をよく動かしますか 8. Does your child move their arms and legs vigorously when undressed?				はい・いいえ Yes / No				
9. 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか 9. Does your child's mother currently smoke?				なし・あり (本/日) No / Yes (If yes, _____cigarettes/day)					

親 (主な養育者) や子育ての状況 Parent (Main Caregiver) and Child-Rearing Circumstances	10. 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか 10. Does your child's father currently smoke?	なし・あり (本/日) No / Yes (If yes, _____cigarettes/day)
	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 11. Do you avoid soft bedding that may cause suffocation, and place your child on their back to sleep?	はい・いいえ Yes / No
	12. ソファやベッド、抱っこひも等から転落、もしくは隙間に挟まらないように工夫していますか 12. Have you taken measures to prevent falls from sofas, beds, or baby carriers, and to prevent your child from becoming trapped in gaps?	はい・いいえ Yes / No
	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 13. Do you have time to relax and be with your child?	はい・いいえ Yes / No
	14. お子さんをいとおしいと感じますか 14. Do you feel affection for your child?	はい・いいえ Yes / No
	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 15. Do you ever feel anxious or find child-rearing difficult?	いいえ・はい No / Yes
	16. 子育てについて気軽に相談できる人やサポートをしてくれる人はいますか 16. Do you have anyone you can easily talk to or get support from about child-rearing?	はい・いいえ Yes / No
	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 17. (For parents/guardians with other children) Do you have any concerns about your other children that you would like to discuss?	いいえ・はい No / Yes
	18. お子さんのお母さんとお父さんは協力し合い家事・育児をしていますか 18. Do the child's mother and father cooperate in housework and childcare?	そう思う・どちらかといえばそう思う どちらかといえばそう思わない・そう思わない Yes / To some extent / Not very much / No
	19. お子さんが泣き止まない時に、どう対処したらよいかわからなくなったことがありますか 19. Have you ever been unsure how to respond when your child does not stop crying?	いいえ・はい No / Yes
	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 20. How do you feel about your current financial situation overall?	大変ゆとりがある・ややゆとりがある・普通・やや苦しい・大変苦しい Very comfortable / Somewhat comfortable / Average / Somewhat difficult / Very difficult
	21. あなたはご自身の睡眠で困っていることはありますか 21. Do you have any trouble sleeping yourself?	いいえ・はい No / Yes
	22. 日頃気になることや相談したいことがあればお書きください ()	
23. 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 23. Do you know the details of the vaccinations that begin around 2 months of age?	はい・いいえ Yes / No	

※この問診票は川崎市が保管します。内容について地域みまもり支援センターから連絡させていただく場合があります。

※個人情報の取り扱いについては川崎市個人情報保護条例により適切に管理しています。

*This questionnaire will be retained by Kawasaki City. You may be contacted by the Community Care and Support Center regarding its content.

*Personal information will be managed appropriately in accordance with the Kawasaki City Personal Information Protection Ordinance.