

## 7 か月児健康診査

### 【7-Month-Old Infant Health Examination】

#### 問診票 2 【Questionnaire 2】

氏名【Name】 ふりがな【Furigana】

【Date of Birth】 年【year】 月【month】 日生まれ【day】

#### 現在の栄養【Current Nutrition】

##### 1 日の授乳状況【Daily nursing status】

母乳【Breast milk】 ( ) 回【times】～ ( ) 回【times】

ミルク【Formula milk】 ( ) 回【times】 ( ) m l 程度【about】

##### 1 日の離乳食の状況【Daily weaning status】

( ) 回【times】

#### 予防接種歴【Vaccination Record】

- |                                            |                                    |
|--------------------------------------------|------------------------------------|
| ・インフルエンザ菌 b 型(Hib)【Influenza type b (Hib)】 | 1・2・3・受けていない【not received】         |
| ・ロタワクチン【Rota vaccine】                      | 1・2・3・受けていない【not received】         |
| ・小児肺炎球菌【Pediatric pneumococcus】            | 1・2・3・受けていない【not received】         |
| ・四種混合【DPT-IPV】                             | 1・2・3・受けていない【not received】         |
| ・B型肝炎【Hepatitis B】                         | 1・2・3・受けていない【not received】         |
| ・BCG【BCG】                                  | 受けた【received】・受けていない【not received】 |

1. ねがえって元に戻りますか。【 Will they turn around and turn back again?】

はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】

2. 支えなしでしばらく座っていますか。【Do they sit for a while without support?】

はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】

3. わきの下を支えてやると元気よくピョンピョンはねますか。

【Do they bounce around cheerfully if you support them under the armpits?】

はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】

4. イナイイナイバーをすると喜びますか【Do they rejoice when you do the Inai Inai Bar?】

はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】

5. 体のそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。

【Do they reach out and grasp the toys near them? 】

はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】

6. おもちゃを持ち替えますか。【Do they switch the toys?】

はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】

7. 家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。

【When with your family、does your child make sounds as if they want to talk to them? 】

はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】

8. ひとみしりをしますか。【Is your child shy in front of strangers?】  
はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】
9. テレビやラジオの音がしはじめると、すぐそちらの方を見ますか。  
【When you turn on radio or television, do they turn their heads towards the sound? 】  
はい【Yes】 いいえ【No】 わからない【I don't Know】
10. 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。  
【Have you ever thought that there is something wrong with their eyes or their eyes movements? 】  
いいえ【No】 はい【Yes】 わからない【I don't Know】
11. 瞳が白くみえたり、光って見えることはないですか。  
【Do their eye pupil appear to be white or glowing? 】  
いいえ【No】 はい【Yes】 わからない【I don't Know】
12. おむつを替えるときに脚の開きが気になることがありますか。  
【Do you sometimes worry about leg opening when changing diapers】  
いいえ【No】 はい【Yes】 わからない【I don't Know】
13. ひきつけを起こしたことがありますか。【Have your child ever had a seizure】  
( 回【times】、 年【year】 月頃【month】) いいえ【No】 はい【Yes】
14. 3～4 か月児健診を受けましたか。【Have you had a 3~4 month infant health examination? 】  
はい【Yes】 いいえ【No】  
結果【Result】：健康【Healthy】・要観察【Need observation】( )

#### 保護者について【About the Guardian/Parent】

15. お子さんと一緒に生活はいかがですか。あてはまるものの全部に○をつけてください。  
【How is life with your child? Please check all that apply. 】  
①楽しい【It's fun】 ②大変だが育児は楽しい【It's hard work but I enjoy raising child】 ③疲れる【Tired】  
④よくイライラしている【I often feel frustrated】 ⑤気分がおちこむ【Feel depressed】 ⑥子どもをかわいいと思えない【I don't think my child is cute】 ⑦その他【Other】( )
16. 育児をする中で迷ったり悩んだりすることで、あてはまるものの全部に○をつけてください。  
【Please mark "○" all the things that confuse or worry you while raising your child. 】  
①悩みは特になし【I don't have any particular problems】 ②悩んでも自分なりに解決できる【Even if I have problems, I can solve them on my own】 ③育児に自信が持てない【I don't have confidence in parenting】 ④育て方が分からない【I don't know how to raise my child】 ⑤育児がづらい【Parenting is hard】 ⑥子どもとの生活が苦しい【Living with children is hard】 ⑦時々子どもと離れたと思う【Sometimes I want to leave my child】 ⑧孤独である【I feel lonely】 ⑨その他【Other】( )
17. あなたの体調で当てはまるものがあれば、○をつけてください。  
【Please mark "○" that apply to your condition. 】  
①特になし【Nothing in particular】 ②疲れやすい【Tired easily】 ③眠れない【I can't sleep】 ④不安になる【Feel anxious】 ⑤食欲がない【No appetite】 ⑥通院している【Going hospital regularly】(病名【Disease name】： ) ⑦その他【Other】( )
18. 育児について相談したり協力してくれる人はいますか。当てはまる人に○をつけてください。  
【Is there anyone you can consult or cooperate with regarding on childcare? Please mark "○" all that apply. 】  
①配偶者【Spouse】 ②親【Parent】 ③友人【Friend】 ④親類【Relative】 ⑤誰もいない【No one】 ⑥その他【Other】( )
19. 日頃気になる事や相談したいことがあれば空欄にお書きください。

【Please fill in the blank if you have any daily concerns or questions you would like to discuss with us. 】

( )