

①

1 か月児健康診査 問診票

* 健診日に記入してください

お子さんの氏名		母子健康手帳番号 (別冊の表紙に記載の番号)								
生年月日	年	月	日	男・女	第 () 子					
保護者氏名 () 連絡先 (母・父:)				住所 区						
出生時の状況		在胎週数 (週 日)		出生体重 () g						
先天性代謝異常検査の結果		異常なし・異常あり		ビタミン K ₂ の投与		できている・できていない				
新生児聴覚検査の結果		右 (パス・リファアー)・左 (パス・リファアー)								
※リファアーの場合記入 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)										
栄養法		・母乳 回～ 回		・ミルク(人工乳) 回～ 回 (1 回		ml 程度)				
お子さんについて	1.母乳やミルク (人工乳) をよく飲みますか						はい・いいえ			
	2.元気な声で泣きますか						はい・いいえ			
	3.大きな音にピ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						はい・いいえ			
	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						いいえ・はい			
	5.からだに特に柔らかいとか硬いとか感じたことがありますか						いいえ・はい			
	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						いいえ・はい			
	7.あなたの顔をじっとみつめることがありますか						はい・いいえ			
	8.裸にすると手足をよく動かしますか						はい・いいえ			
親 (主な養育者) や子育ての状況	9.現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか						なし・あり (本/日)			
	10.現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか						なし・あり (本/日)			
	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						はい・いいえ			
	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						はい・いいえ			
	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						はい・いいえ			
	14.お子さんをいとおしいと感じますか						はい・いいえ			
	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						いいえ・はい			
	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						はい・いいえ			
	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						いいえ・はい			
	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			と思う・どちらかといえば思う どちらかといえばそう思わない・そう思わない						
	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						いいえ・はい			
	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			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						
	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						いいえ・はい			
	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						はい・いいえ				

※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。

1歳6か月児健康診査 問診票

				実施日	年	月	日
お子さんについて	ふりがな			生年月日	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 第____子		満	歳	か月
	住所・電話	川崎市 区 TEL ()					
既往歴等	生まれつきの病気はありますか。 しいえ・はい						
	かんしゃくをよく起こしますか。 しいえ・はい						
	泣いたり、動いたりせず大人しすぎると思ったことがありますか。 しいえ・はい						
	けいれんを起こしたことはありますか。 しいえ・はい						
	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。 しいえ・はい						
	これまで事故で病院にかかったことがありますか。 しいえ・はい						
	既往症 ※現在治療を必要とする病気や経過観察中の病気がある場合も「有」を選択してください。 無・有						
	有の場合は、その内容を () 内にご記入ください。 ()						
発達経過	首すわり (か月) おすわり (か月) つかまり立ち (か月) つたい歩き (か月) 独り歩き (か月)						

運動発達	1	手をひかれて階段を上ることができますか。	はい・いいえ
	2	手足の動きがぎこちなく突っ張った感じがありますか。	いいえ・はい
	3	鉛筆を持ってなぐり書きをしますか。※鉛筆にはクレヨンやペンも含みます。	はい・いいえ
	4	スプーンを使って食事ができますか。	はい・いいえ
精神・神経発達	5	片目ずつ手で隠しても、嫌がらずにみえていますか。 ※左右の見え方に心配がある場合は「はい」を選択してください。	いいえ・はい
	6	絵本を見て知っているものをさしますか。	はい・いいえ
	7	周りの人の身振りや手振りをまねしますか。 ※「バイバイ」や「いただきます」などの動作をまねしますか。	はい・いいえ
	8	何かに興味を持った時に、指さして伝えようとしていますか。	はい・いいえ
	9	部屋の離れたところにあるおもちゃを指すと、その方向をみますか。	はい・いいえ
	10	周囲の人や他のこどもたちに関心を示しますか。	はい・いいえ
	11	自分の好きなおもちゃで遊びますか。	はい・いいえ
	12	相手になると喜びますか。 ※相手は保護者や身近な周りの方を指し、一緒に遊んであげると喜びますか。	はい・いいえ
	13	大人の言う簡単な言葉が分かりますか。※おいで・ねんね・ちょうだいなど	はい・いいえ
	14	意味のあることばをいくつか話しますか。※「ブーブー」「ワンワン」「ママ」など	はい・いいえ
	15	うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか。	はい・いいえ
問診追加 (発達)	16	「みてごらん」と指さしたものを一緒に見て楽しめますか。	はい・いいえ
	17	子どもが欲しい「もの」がある時、自分からそれを指して要求することができますか。	はい・いいえ・わからない
	18	「〇〇はどこ」とたずねると、指さしして教えますか。	はい・いいえ・わからない
	19	「〇〇（ボールやおもちゃなど）を持ってきて」など、ことばだけの指示で持ってきますか。	はい・いいえ・わからない
	20	子どもが話す意味のある言葉・単語を記載してください。 ()	
生活習慣	21	偏食や小食など食事について心配なことがありますか。	いいえ・はい
	22	甘い飲み物（ジュースなど）をよく飲みますか。 ※1日3回以上飲んでいる場合は「はい」を選択してください。	いいえ・はい
	23	便は毎日出ていますか。	はい・いいえ
	24	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。 仕上げ磨きをしている（こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている）・ こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている・こどもだけで磨いている・ こどもも保護者も磨いていない	
	25	食事や間食（おやつ）の時間はだいたい決まっていますか。	はい・いいえ

	26	朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。	朝起きる時間（ ）時頃 夜寝る時間（ ）時頃	
	27	上着を脱ごうとすることがありますか。	はい・いいえ	
	28	哺乳ビンを使っていますか。	はい・いいえ	
問診追加 (栄養)	29	お子さんは朝食を食べていますか。	はい・いいえ	
	30	朝食に野菜を使った料理を食べていますか。	はい・いいえ	
	31	お子さんは朝食を家族と一緒に食べていますか。	はい・いいえ	
	32	よく噛んで食べていますか。	はい・いいえ	
	33	母乳を飲んでいますか。	はい・いいえ	
	34	定期的にフッ素の塗布をしていますか。	はい・いいえ	
親（主な養育者）や子育ての状況	35	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。 ※お母さんがいない場合は、「なし」を選択してください。	なし・あり	
	36	現在、お子さんのお母さんの一日当たりの喫煙本数は何本ですか。	（ ）本	
	37	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。 ※お父さんがいない場合は、「なし」を選択してください。	なし・あり	
	38	現在、お子さんのお父さんの一日当たりの喫煙本数は何本ですか。	（ ）本	
	39	1歳半から2歳頃までの多くのこどもは、「何かに興味を持った時に、指さしで伝えようとする」ことを知っていますか。	はい・いいえ	
	40	浴室のドアには、こどもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。 ※家庭内で溺水や転落などの対策をしている場合は「はい」を選択してください。	はい・いいえ・該当しない	
	41	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない	
	42	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。	はい・いいえ・何ともいえない	
	43	お子さんのお母さんとお父さんは、協力し合って家事・育児をしていますか。	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	
	44	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	感じない・時々感じる・いつも感じる	
	45	育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	はい・いいえ	
	46	あなたの日常の育児の相談相手は 夫婦で相談・祖母または祖父・近所の人・友人・かかりつけの医師・保健師や助産師・誰ですか。※複数選択可 その他の内容は（ ）内にご記入ください。 保育士や幼稚園の先生・電話相談・インターネット・誰もいない・その他（ ）		
	47	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	はい・いいえ	
	48	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	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	
	49	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。	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	
	50	育児は楽しいですか。	はい・どちらともいえない・いいえ	
	51	育児は疲れますか。	疲れない・どちらともいえない・疲れる	
	52	現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。 その他の内容は、（ ）内にご記入ください。 （ ）	こどものこと・配偶者／パートナーとの関係・父母／義父母との関係・育児仲間とのこと・その他・特に心配事はない	
	問診追加 (子育て)	53	お子さんと一緒に生活はいかがですか。 あてはまるものにいくつでも○をつけてください。 その他の内容は、（ ）内にご記入ください。	楽しい・大変だが育児は楽しい・疲れる・よくイライラしている・気分が落ち込む・子どもをかわいいと思えない その他（ ）
		54	育児をする中で悩んだり、つらいと感じることはありますか。 はいの場合、その内容を（ ）内にご記入ください。	はい・いいえ （ ）
55		保育施設（一時保育を含む）を利用の場合は施設名を記入してください。	（ 施設名 ）	
56		お子さんは風邪をひきやすく、ぜーぜーしやすいですか。また、くりかえして湿疹がでますか。また、特定の飲食物で口のまわりや唇などが赤くはれたり、ひどい下痢、嘔吐をしたことがありますか。（どれか1つでもあれば）	いいえ・はい	
57		お子さんや、お子さんの兄弟、両親、祖父母の中で、ぜん息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・じんましんにかかった人がいますか。	いいえ・はい	

3歳児健康診査 問診票

				実施日	年 月 日
お子さんについて	ふりがな			生年月日	年 月 日
	氏名		□男 □女 第____子		満 歳 か月
	住所・電話	川崎市 区 TEL ()			
既往歴等	生まれつきの病気はありますか。				いいえ・はい
	けいれんを起こしたことがありますか。				いいえ・はい
	ぜんそくやアトピー性皮膚炎と言われたことはありますか。				いいえ・はい
	食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。				いいえ・はい
	これまで事故で病院にかかったことがありますか。				いいえ・はい
	既往症 ※現在治療を必要とする病気や経過観察中の病気がある場合も「有」を選択してください。 有の場合は、その内容を () 内にご記入ください。				無・有 ()
発達経過	おすわり (か月) 独り歩き (か月) 人見知り (あり・なし) 意味のある単語を話し始めたのはいつですか。 (歳 か月)				

運動発達	1	ほぼこぼさないで一人で食べますか。	はい・いいえ
精神・ 神経発達	2	同年齢のこどもと会話ができますか。	はい・いいえ
	3	言葉が遅れているという心配はありますか。 ※コミュニケーションが取りにくい、文章を話さない、話が理解できない、絵本に興味を示さない、吃音、発音などの心配がある場合も「はい」を選択してください。	いいえ・はい
	4	何でも自分でしがりますか。	はい・いいえ
	5	ひどく不安を示したり、恐れることはありますか。	いいえ・はい
	6	ひどく乱暴で困ることはありますか。	いいえ・はい
	7	ひどく落ち着かず注意が集中できなくて困ることがありますか。※迷子になったり、じつくり話をきけないなど対応に困ることがあれば「はい」を選択してください。	いいえ・はい
	8	指しゃぶり、爪かみ、ひどい人見知りをするなど困っていることがありますか。※ひどいくせ、かんしゃく、こだわり、ひどい偏食など、日常生活で困っていることや心配なことがあれば「はい」を選択してください。	いいえ・はい
	9	衣服の着脱をひとりでしたがりですか。 ※ひとりで着替えができない場合は「いいえ」を選択してください。	はい・いいえ
	10	ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。	はい・いいえ
	問診追加 (目・耳)	11	耳が聞こえにくいという心配はありますか。
12		目が悪いのではないかと心配はありますか。	いいえ・はい・わからない
生活習慣	13	よく噛んで食べる習慣はありますか。 ※丸飲みや口のため込むことがあれば「いいえ」を選択してください。	はい・いいえ
	14	偏食や小食など食事について心配なことがありますか。	いいえ・はい
	15	甘い飲み物(ジュースなど)をよく飲みますか。 ※1日3回以上飲んでいる場合は「はい」を選択してください。	いいえ・はい
	16	昼間のおしっこを前もって知らせますか。	はい・いいえ
	17	便は毎日出ていますか。	はい・いいえ
	18	歯みがきや手洗いをしていますか。	はい・いいえ
	19	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。 仕上げ磨きをしている(こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている)・ こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている・こどもだけで磨いている・ こどもも保護者も磨いていない	
	20	間食の時間を決めていますか。	決めている・決めていない
	21	朝起きる時間と、夜寝る時間を書いてください。	朝起きる時間 () 時頃 夜寝る時間 () 時頃
	22	お子さんはテレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上 みていますか。	いいえ・はい

問診追加 (栄養)	23	お子さんは野菜を使った食事を食べていますか。	はい・いいえ
	24	ご家庭で子どもだけで食事をすることがありますか。	いいえ・はい
	25	食事づくりのお手伝い（調理・食器運び等）をしていますか。	はい・いいえ
問診追加 (歯科)	26	定期的にフッ素塗布をしていますか。	はい・いいえ
親（主な養育者）や子育ての状況	29	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。 ※お母さんがいない場合は、「なし」を選択してください。	なし・あり
	30	現在、お子さんのお母さんの一日当たりの喫煙本数は何本ですか。	() 本
	31	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。 ※お父さんがいない場合は、「なし」を選択してください。	なし・あり
	32	現在、お子さんのお父さんの一日当たりの喫煙本数は何本ですか。	() 本
	33	3歳から4歳頃までの多くのこどもは、「他のこどもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。	はい・いいえ
	34	あなたの最近の心身の調子はいかがですか。	良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない
	35	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。	はい・いいえ・何ともいえない
	36	お子さんのお母さんはお子さんとよく遊んでいますか。 ※お母さんがいない場合は、「いいえ」を選択してください。	はい・いいえ
	37	お子さんのお父さんはお子さんとよく遊んでいますか。 ※お父さんがいない場合は、「いいえ」を選択してください。	はい・いいえ
	38	お子さんのお母さんとお父さん（パートナー）は、協力し合って家事・育児をしていますか。	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
	39	あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。	感じない・時々感じる・いつも感じる
	40	育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	はい・いいえ
	41	あなたの日常の育児の相談相手は 誰ですか。※複数選択可 その他の内容は（ ）内にご記入ください。	夫婦で相談・祖母または祖父・近所の人・友人・かかりつけの医師・保健師や助産師・保育士や幼稚園の先生・電話相談・インターネット・誰もいない・その他（ ）
	42	地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。	はい・いいえ
	43	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	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
	44	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。	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
	45	お子さんのかかりつけの医師はいますか。	はい・いいえ・何ともいえない
	46	お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。	はい・いいえ・何ともいえない
	47	育児は楽しいですか。	はい・どちらともいえない・いいえ
	48	育児は疲れますか。	疲れない・どちらともいえない・疲れる
49	現在何か心配なことはありますか。いくつでも○を付けて下さい。 その他の内容は、（ ）内にご記入ください。 ()	こどものこと・配偶者／パートナーとの関係・父母／義父母との関係・育児仲間とのこと・その他・特に心配事はない	
問診追加 (子育て)	50	お子さんと一緒にの生活はいかがですか。 あてはまるものにいくつでも○をつけてください。 その他の内容は、（ ）内にご記入ください。	楽しい・大変だが育児は楽しい・疲れる・よくイライラしている・気分が落ち込む・子どもをかわいいと思えない その他 ()
	51	育児をする中で悩んだり、つらいと感じることはありますか。 はいの場合、その内容を（ ）内にご記入ください。	はい・いいえ ()
	52	保育施設（一時保育を含む）を利用の場合は施設名を記入してください。	(施設名)
	53	お子さんは風邪をひきやすく、ぜーぜーしやすいですか。また、くりかえして湿疹がでますか。また、特定の飲食物で口のまわりや唇などが赤くはれたり、ひどい下痢、嘔吐をしたことがありますか。（どれか1つでもあれば）	いいえ・はい
	54	お子さんや、お子さんの兄弟、両親、祖父母の中で、ぜん息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・じんましんにかかった人がいますか。	いいえ・はい

川崎で子育てできてよかった！ 川崎市産後ケア

利用できる方

- 川崎市に住所のある方
- 宿泊型、日帰り型は生後4か月未満の母子 ●訪問型は生後1歳未満の母子
(いずれも36週6日までに出産した方は修正月齢)
- 治療中、医療行為の必要がある方はご相談ください。



主なケアの内容

- お母さんのケア（健康状態の観察、休息、乳房ケア、育児相談など）
- お子さんのケア（健康状態の観察、授乳、沐浴、体重の確認など）

種別	利用内容	利用料金 ※減免あり	実施施設
宿泊型	1泊2日から利用可能	1泊2日 15,000円 (1泊追加ごとに7,500円追加) (減免後は1泊2日で10,000円)	医療機関 川崎市助産師会
日帰り (ロング型)	原則10時～16時 (6時間) 昼食付	1回 7,500円 (減免後は1回5,000円)	医療機関 川崎市助産師会
日帰り (ショート型)	1回90分	1回 4,000円 (減免後は1回1,500円)	川崎市助産師会
訪問型	1回90分 助産師がご自宅へ伺います。	1回 5,000円 (減免後は1回2,500円)	川崎市助産師会 訪問看護ステーション

※市民税非課税世帯は、利用料金が宿泊型、日帰り（ロング型）は1日2,500円、日帰り型・訪問型は無料です。
利用には当該年度（4～6月に利用する場合は前年度）の非課税証明書提出が必要です。

※生活保護世帯は、全ての種類で利用料金が無料です。利用には被保護証明書の提出が必要です。

減免制度

- 一般世帯は、お母さん一人につき、

1日（回）2,500円、**最大5回**まで

利用料金から減免されます。

利用回数

- お子さま一人につき**通算して7回（日）**までの利用です。

*双子の方は14回までです。*宿泊型は1日を1回と数えます。



問合せ：川崎市こども未来局母子保健担当

044-200-2450



※ 川崎市産後ケア
ホームページ

利用方法

申請は**妊娠32週から**可能です。
事前申請が必要です。妊娠中の申請をお勧めします。

申請はこちらから！



※ e-KAWASAKIは事前に
利用者登録が必要です。

1 申請

e-KAWASAKIからオンラインで利用申請を行ってください

2 確認

e-KAWASAKIのマイページに**利用承認通知書**が届いたら、
内容を確認して下さい。まだ、予約は完了していません！



3 予約

利用希望する実施施設の「**予約先※**」に連絡して**予約を取ってください**
利用承認通知書が必要です。

※川崎市助産師会協力助産所等の施設の場合は、川崎市助産師会が予約先になります。

4 利用

利用料金は、当日施設へお支払いください。利用の中止や変更は早めに施設へ直接ご連絡を
お願いします。利用予約日の前日12時以降は、キャンセル料が発生します。

実施施設と予約先

産後ケア事業は、市内医療機関や訪問看護ステーション、助産所等で行っています。

川崎市 産後ケア



から実施施設と予約先をご確認ください。



※川崎市と契約を結んでいない医療機関で産後ケアを受けた場合は、

費用の助成はありません。必ず川崎市の産後ケア実施施設であることをご確認ください。

※ 川崎市産後ケア
ホームページ

問合せ：川崎市こども未来局母子保健担当

044-200-2450



産後は、睡眠不足や慣れない環境の中で疲れたり、こころが不安定になりやすい時期です。ひとりで頑張らずに、身近な専門家に相談してみましょう。お住まいの地域みまもり支援センターにご相談ください。

川崎区地域みまもり支援センター	地域支援課	044-201-3214
幸区地域みまもり支援センター	地域支援課	044-556-6648
中原区地域みまもり支援センター	地域支援課	044-744-3308
高津区地域みまもり支援センター	地域支援課	044-861-3315
宮前区地域みまもり支援センター	地域支援課	044-856-3302
多摩区地域みまもり支援センター	地域支援課	044-935-3264
麻生区地域みまもり支援センター	地域支援課	044-965-5234