

氏名 \_\_\_\_\_ 生後 \_\_\_\_\_ 日 (退院後 \_\_\_\_\_ 日) 第(\_\_\_\_\_)子

計測結果 (病院で測定します)

身長【 \_\_\_\_\_ cm】 体重【 \_\_\_\_\_ g】 胸囲【 \_\_\_\_\_ cm】 頭囲【 \_\_\_\_\_ cm】 1日体重増加量【 \_\_\_\_\_ 】

## お子さんについてお聞きします

以下の項目について、○または記入をしてください

## 1. 栄養について

- ①1日の授乳回数、方法はいかがですか  
母乳(\_\_\_\_\_)回、ミルク(\_\_\_\_\_)回  
混合 母乳(\_\_\_\_\_)回ミルク(\_\_\_\_\_)回  
(\_\_\_\_\_)CC
- ②ミルクは1回に何CCですか  
(\_\_\_\_\_)CC
- ③母乳やミルク以外に与えているものはありますか  
何(\_\_\_\_\_)を(\_\_\_\_\_)CC

## 2. お子さんの様子について

- ①裸にすると手足をよく動かしますか  
はい・いいえ・?
- ②皮膚の様子で気になることがありますか  
はい・いいえ・?(内容\_\_\_\_\_)
- ③首が同じ方向ばかり向いていますか  
はい・いいえ・?
- ④目やにがたくさん出ますか  
はい・いいえ・?(右・左・両方)
- ⑤感染症にかかったことがありますか  
はい・いいえ・?(内容\_\_\_\_\_)
- ⑥次のような病気にかかったことがありますか  
RSウイルス感染症・風邪・重い下痢や腸炎・先天性股関節脱臼症・斜頸・外科手術  
その他(\_\_\_\_\_)・ない
- ⑦次のような罹患傾向がありますか  
引きつけた事がある(\_\_\_\_\_)回・下痢しやすい・よく熱を出す・風邪を引きやすい・湿疹が出やすい  
風邪を引くとゼイゼイしやすい・その他(\_\_\_\_\_)・ない
- ⑧今までに病院に行ったような事故がありましたか  
転倒・打撲・誤飲・溺水・交通事故・その他(\_\_\_\_\_)・ない
- ⑨お子さんの排便について  
便の回数 1日に(\_\_\_\_\_)回 硬さ やわらかい・水っぽい・かたい 色(\_\_\_\_\_)番(母子手帳を参考にしてください)
- ⑩その他お子さんの発育・発達、病気など心配な事がありますか  
(\_\_\_\_\_)

## 3. 生活リズムについて

睡眠回数(\_\_\_\_\_)回 睡眠時間はおおよそ(\_\_\_\_\_)時間 入浴 毎日・(\_\_\_\_\_)日おき

## 4. お母さん、お父さんについてお聞きします

母(\_\_\_\_\_)才 職業(\_\_\_\_\_) 父(\_\_\_\_\_)才 職業(\_\_\_\_\_)

- ①お母さんはお子さんと向き合う時間がありますか  
はい・いいえ・?
- ②お父さんはお子さんと向き合う時間がありますか  
はい・いいえ・?
- ③お母さんの体や気持ちの状態はいかがですか  
はい・いいえ・?(\_\_\_\_\_)
- ④お父さんの体や気持ちの状態はいかがですか  
はい・いいえ・?(\_\_\_\_\_)
- ⑤育児をする中で迷ったり悩んだりする事がありますか  
はい・いいえ・?  
悩みの内容: 育児に自信がない・育て方が分からない・兄弟の対応・親族の干渉・その他(\_\_\_\_\_)
- ⑥ご家庭で困っている事がありますか(育児方針の違い、経済面のことなど)  
(\_\_\_\_\_)
- ⑦お子さんの主な保育者は誰ですか 父・母・父方祖母祖父・母方祖母祖父・保育園・その他(\_\_\_\_\_)