

1～2カ月児アンケート票

住 所： _____ TEL： _____
フリガナ： _____ 性別：男 女
子供の氏名： _____ 生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(1) 検診について

1. 今までに検診を受けたことがありますか … ① ある ② ない
2. そのとき何かアドバイスを受けたことは … ① ない ② ある ()

(2) 赤ちゃんの行動発達について

1. 視線が合いますか …… ① はい ② いいえ
②. 大きな音に反応しますか (ビクッとするなど) …… ① はい ② いいえ
3. お母さんの呼びかけに反応しますか …… ① はい ② いいえ
④. 裸にすると活発に手足をよく動かしますか …… ① はい ② いいえ

(3) その他の様子について

1. いつも期限が悪くて泣いてばかりいますか …… ① いいえ ② はい
2. これからの主な保育者はどなたになりますか
…… (昼) _____ (夜) _____
3. お母さんは職業を持っていますか …… ① いいえ ② はい
4. お母さんは子育ては楽しいですか …… ① とても ② まあまあ ③ あんまり ④ 全然
5. お父さんは育児に協力的ですか …… ① とても ② まあまあ ③ あんまり ④ 全然
6. お母さんの健康状態はどうか …… ① よい ② わるい
もし気になるようなことがあったら書いてください
()

(4) 赤ちゃんの食事について

1. 方法： …… ① 母乳 ② 人工 ③ 混合
2. 食欲： …… ① ある ② あまりない

(5) 排便について

1. 毎日ありますか …… ① ある (1日 _____ 回) ② ない (_____ 日に1回)
②. 便について何か気になるところがありますか …… ① ない ② ある ()

(6) お母さんの心配事 ① ない ② ある

1. 体のこと
()
2. 育て方や環境のこと
()
3. 予防接種のこと
()

記入者 ()

下記の記入例を参考にして書いてください

時間	一日の生活
午前 4 6 8 10 午後 0 2 4 6 8 10 12 2	<p>授乳回数：1日_____回 母乳_____回 ミルク（1回量_____～_____ml）_____回</p> <p>哺乳力 1. 普通 2. 弱い</p> <p>乳首の種類 S・M・L・クロスカット 他（_____）</p> <p>母乳・ミルク以外に与えているもの ・番茶 1日_____ml ・水、湯冷まし 1日_____ml ・その他</p> <p>（ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____）</p> <p>食事について心配なことが有りましたらお書き下さい</p> <p>（ _____ _____ _____ _____ _____ _____）</p>

記入例

時間	一日の生活
午前 4 6 8 10 午後 0 2 4	<p>母乳 15分（又はミルク 120 ml）</p> <p>ねむる</p> <p>母乳 15分（又はミルク 120 ml）</p> <p>外気浴、湯冷まし 10 ml</p> <p>ねむる</p> <p>母乳 15分（又はミルク 120 ml）</p> <p>ねむる</p> <p>お風呂に入れる、湯冷まし 10 ml</p> <p>母乳 15分（又はミルク 120 ml）</p> <p>ねむる</p>