

1 か月児健康診査アンケート

1. 受診される方は、**太枠内**の項目を親子(母子)健康手帳を参考にして記入してください。

健康診査日	20 年 月 日	健康診査日の月齢	か月 日	修正月齢	か月 日
住 所				電話 *	- -
フリガナ			男 女	生年月日	令和 年 月 日
乳児氏名			主に育てている人の続柄		1 父 2 母 3 祖父母 4 その他
保護者の職業	父()母()				
家族状況	父 母 本人 兄 姉 祖父 祖母 その他()		健康・否()		
保育状況	1 自宅 2 その他()				
記入者	1 母 2 父 3 その他()				

※ご記入いただいた電話番号に、健診結果の確認や保健事業のご案内のため、浜松市から連絡させていただくこともあります。

子育てや生活の様子を教えてください。該当する内容に○印をつけてください。

育 児	1	家事や育児を一緒にする人はいますか。	はい ・ いいえ
	2	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
	3	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
	4	あなたは、ときどきあなただけの時間を持つことはできていますか。	はい ・ いいえ
	5	赤ちゃんをいとしいと感じますか。	はい ・ いいえ ・ 何ともいえない
	6	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 ・ 何ともいえない
	7	子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。	はい ・ いいえ
	8	授乳中にテレビやビデオ、携帯電話などを見ないように心がけていますか。	はい ・ いいえ
	9	お子さんが泣き止まない時などに、どう対処したらよいかわからなくなりましたことがありますか。	いいえ ・ はい
	10	気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。	いいえ ・ はい
	11	物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。	いいえ ・ はい
	12	あなた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
	事 故 防 止	13	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。
14		窒息の可能性があるやわ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
15		自動車に乗る時、チャイルドシートを使用していますか。	はい ・ いいえ
16		ソファやベッド、抱っこひもなどから転落、もしくは隙間に挟まってしまわないよう工夫していますか。	はい ・ いいえ
た ば こ	17	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 (1日 本)
	18	現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。	なし ・ あり (1日 本)
そ の 他	19	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
	20	2か月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
	21	きょうだいがいらっしゃる方へ きょうだいのごことで相談したいことはありますか。	いいえ ・ はい()

※ ご記入いただいた健診票・アンケートの内容について、個人を特定することなく統計上のデータとして集計し、国への報告や浜松市の傾向をみる資料として使用させていただきますのでご了承ください。また、お住いの区の健康づくりセンターより子育て支援のために、ご連絡させていただく場合もありますが、個人情報本事業目的外で使用することはありません。

※ 各健康づくりセンターでは、子育て等のご相談にのっています。お気軽にご相談ください。