

7か月児相談

相談日 年 月 日

ふりがな	生年月日	年	月	日
子の氏名	男・女	第 子	(月齢	か月 日)
本日の相談に連れてきた人の氏名() 続柄()				
主に世話をしている人 (日中) (夜間)				
相談したいこと なし ・ あり ()				
既往	今までに何か病気をしましたか なし・あり ()			
	ひきつけをおこしたことはありますか なし・あり ()			
生活リズム	お子さんのふだんの1日の過ごし方を書いてください。(睡眠、授乳、離乳食、遊び時間)			
1. 支えなくてもお座りしますか	はい・いいえ	1. 母乳	回/日	
できた時期(か月頃)		ミルク	ml x 回 (1日 回)	
2. ベビーラックや歩行器をつかっていますか	はい・いいえ	離乳食後のミルク	ml x 回 (1日 回)	
3. 寝返りをしますか	はい・いいえ	2. 離乳食の開始	か月頃から	
4. 立たせると足をびよんびよんしますか	はい・いいえ	現在	回食 1回にかかる時間 分	
5. 欲しい物に手をのばしますか	はい・いいえ	3. 離乳食を	よく食べる ・ あまり食べない	
6. 話しかけると、じっと口元を見つめ	はい・いいえ	4. ドロドロ状のものを飲み込めますか	はい・いいえ	
声を出して答えますか	はい・いいえ	5. 食事内容	主食: おかゆ・おじや・うどん・パン	
7. いないいないパーなどに	はい・いいえ	おかず:	豆腐・納豆・卵(白身・黄身)	
興味を示し笑いますか	はい・いいえ		しらす・魚(白身・赤身)・チーズ	
8. 知らない人を初めのうちは意識しますか	はい・いいえ		肉(鶏)・人参・かぼちゃ・大根	
9. 隣の部屋の物音や呼びかけなどに	はい・いいえ	その他:	牛乳・くだもの・プリン	
振り向きみますか	はい・いいえ		ヨーグルト(加糖・無糖)	
10. 便	回 / 日		せんべい・ビスケット	
11. 予防接種で受けたもの		6. ベビーフードの使用頻度	よくつかう ・ たまにつかう ・ ほとんどつかわない	
ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 ロタ		7. 離乳食を食べる時テレビはついてますか	はい・いいえ	
四種混合 BCG		1. 母親の体調	良い・ふつう・あまり良くない・悪い	
1. 歯の本数は何本ですか	上 本 , 下 本	2. 母親の食事状況	朝食・昼食・夕食	
2. お口のお手入れは していますか?	いいえ ・ はい	3. 毎日の生活や育児	楽しい・大変だけど楽しい・イライラすることがある	
口をのぞいている	歯を拭く		どうしたらよいのかわからなくなることが多い	
歯茎をさわる	歯ブラシをしている	4. 育児のサポートはありますか?	あり(誰ですか)・なし	
3. のどが渴いた時に何を飲ませますか?		1. 父親の体調	良い・ふつう・あまり良くない・悪い	
白湯(湯冷まし) 乳酸飲料 乳児用スポーツ飲料		2. 父親の食事状況	朝食・昼食・夕食	
果汁 お茶 その他()		3. 毎日の生活や育児	楽しい・大変だけど楽しい・イライラすることがある	
4. 歯や口のことで質問があればご記入ください。	()		どうしたらよいのかわからなくなることが多い	
		4. 育児のサポートはありますか?	あり(誰ですか)・なし	
体重()g ・ 身長()cm				
育児相談	股関節	栄養相談		
			サイン ()	
		歯科相談		
	サイン ()		サイン ()	

生後3～4か月頃の育児を振り返って
主にお子さんの世話をしている人が回答してください。



設問に○印、()に該当する数字をご記入ください。

<p>(1)-1 お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。</p> <p>↓ ①働いていたことがある ②働いていない</p> <p>(1)-2 ①と回答された人へ 妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思いますか。</p> <p>①はい ②いいえ</p>	<p>(12) 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。</p> <p>①そう思う ②どちらかといえばそう思う ③どちらかといえばそう思わない ④そう思わない</p>
<p>(2)-1 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。</p> <p>↓ ①知っていた ②知らなかった</p> <p>(2)-2 ①と回答された人へ マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか。</p> <p>①利用したことがある ②利用したことはない</p>	<p>(13)-1 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。</p> <p>①いつも感じる ②時々感じる ③感じない</p> <p>(13)-2 ①②と回答された人へ 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。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
<p>(3) 妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。</p> <p>①なし ②あり</p>	<p>(14) 生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、親の後追いをすることを知っていますか。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
<p>(4) 妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。</p> <p>①なし ②あり(1日あたり 本程度)</p>	<p>(15) 子ども医療電話相談(＃8000)を知っていますか。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
<p>(5) 妊娠中、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていましたか。</p> <p>①なし ②あり(1日あたり 本程度)</p>	<p>(16) お子さんのかかりつけの医師はいますか。</p> <p>①はい ②いいえ ③何ともいえない</p>
<p>(6) 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。</p> <p>①なし ②あり(1日あたり 本程度)</p>	<p>(17) この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。</p> <p>①そう思う ②どちらかといえばそう思う ③どちらかといえばそう思わない ④そう思わない</p>
<p>(7) 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。</p> <p>①なし ②あり(1日あたり 本程度)</p>	<p>(18) 赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか。</p> <p>①はい ②いいえ</p>
<p>(8) 生後1か月時の栄養法はどうですか。</p> <p>①母乳 ②人工乳 ③混合</p>	<p>(19) この数か月間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。</p> <p>①しつけのし過ぎがあった ②感情的に叩いた ③乳幼児だけを家に残して外出した ④長時間食事を与えなかった ⑤感情的な言葉で怒鳴った ⑥子どもの口をふさいだ ⑦子どもを激しく揺さぶった ⑧いずれも該当しない</p>
<p>(9) 産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けられましたか。</p> <p>①はい ②いいえ ③どちらともいえない</p>	
<p>(10) お子さんのお父さんは、育児をしていますか。</p> <p>①よくやっている ②時々やっている ③ほとんどしない ④何ともいえない</p>	
<p>(11) 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。</p> <p>①はい ②いいえ ③何ともいえない</p>	