

Health Questionnaire (for 4-month-old health checkup)**4 か 月 児 健 康 診 査 問 診 票****Reception: 12:50 p.m. - 1:30 p.m.**

受付時間：午後0時50分～午後1時30分

Place: Examination Room, 1F, Kenko Fukushi Kaikan (Health and Welfare Center)

会場：健康福祉会館 1階 健診室

Questionnaire filled out by: Mother/ Father/ Other ()

記入者 母・父・その他()

*This questionnaire must be filled out by one who is currently raising the child.

※この問診票は、現在子育てを行っているかたが記入してください

Matters you would like to consult about at city's health checkup: 本日の健康診査で相談したいこと

1. Is there anything you would like to consult with a doctor, a health nurse, a midwife or a nutritionist about?

If you have, please circle all that apply and describe specifically that you want to consult about.

お子さんについて、医師、保健師、助産師、栄養士に相談したいことはありますか。あてはまるものに○をつけ、具体的な相談内容を記入してください。

(1) Growth (height, weight, head circumference, etc.)

発育(身長、体重、頭の大きさなど)

(2) Food (amount of breast milk, formula milk, etc.)

食事(母乳やミルクの量など)

(3) Stools (constipation, diarrhea, etc.)

便(便秘、下痢など)

(4) Motor development (head control, etc.)

運動発達(首のすわりなど)

(5) Child's body

身体のこと

(6) Childrearing matters

育児のこと

(7) Others

その他

Please describe specifically. (具体的に記入してください)

Question for everyone:Has your child ever been pointed out about the hardness of the hip joint, or wrinkle of the thigh difference in between right and left? Yes / No
全員→股関節のかたさ、太もものしわの左右差などについて指摘されたことがありますか？【はい・いいえ】**Question for a boy's guardian:**

Are your son's testicles (balls) always in the scrotum (bag of skin)? <Yes / No / Not sure.>

男の子のみ→睾丸(たま)は常に陰嚢(ふくろ)にありますか？【はい・いいえ・わからない】

Questions about your child: お子さんのことについておたずねします

2. Please circle all that apply to your child's current conditions and enter numbers etc. in the parentheses.

現在の状況について、あてはまるものに○をつけ、()内に数字等を記入してください。

(1) Diet 栄養方法	1. Breastfeeding (___ times per day/ ①母乳(1日 ___ 回) 2. Mixed (breastfeeding: ___ times + formula milk: ___ ml, ___ times per day)/ ②混合(母乳 ___ 回+ミルク ___ ml× ___ 回) 3. Formula milk (___ ml, ___ times per day)/ ③ミルク(___ ml ___ 回)
(2) Stool frequency 便の回数	(___ times per ___ day(s)) (color: ___, loose / normal / hard) (___)回/(___)日 (色 ___ /やわらかい 普通 かたい)

3. Please fill in your child's life rhythm (getting up, going to bed, breastfeeding, nap, etc.).

お子さんの生活リズム(起床・就寝・授乳・昼寝など)について記入してください。

*If your child attends childcare center or small child care institution during the daytime, please fill in 'nursery' for daytime hours.

※保育園や託児所に通っている場合は、日中の時間帯は、保育園(託児所)と記入してください。

midnight	3 a.m.	6 a.m.	9 a.m.	noon	3 p.m.	6 p.m.	9 p.m.	midnight

4. Has your child ever experienced any diseases or injuries other than a common cold? If yes, please fill in the blanks below.

今までに、かぜ以外で何か病気やけがをしましたか。ありましたら記入してください。

(About past diseases/ かかった病気について: febrile seizures/ 熱性けいれん, pneumonia/ 肺炎, bronchitis/ 気管支炎, exanthema subitum (sudden rash)/ 突発性発疹, eczema/ 湿疹, others/ その他())

(About injury/ accident/ けが・事故について: fall off/ 転落, fracture/ 骨折, burn/ やけど, near drowning/ 溺水, asphyxiation (suffocation)/ 窒息, accidental ingestion/ 誤飲, others/ その他())

***Be sure to complete the following pages.**

裏面も記入してください

5. If your child is currently undergoing treatment or being followed-up for a disease at a medical institution, please fill in the blank below.

現在、医療機関で治療中もしくは、経過をみている病気がありましたら記入してください。

{ <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Disease name: 病名など </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> Institution: 医療機関名 </div> }

6. Here are questions about your child's development. Please circle the appropriate answer and fill in the numbers etc. in the parentheses related to your child's current conditions.

お子さんの発達についてあてはまるものに○をつけ、()内に文字等を記入してください。

1	Can your child hold his/her head up? (_____months after birth) 首はすわっていますか (生後 か月～) Hold your child's underarms with both your hands and lift him/her. If he/she droops his/her head, please circle "No". ※お子さんをわきの下から両手で支えて抱き上げたとき、首がグラグラしているようなら「いいえ」へ	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
2	Does your child bear his/her weight on his/her arms and lift his/her head when you lay him/her on stomach? うつぶせにさせると腕でからだを支えて頭をもちあげますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
3	Do you feel that your child body seems to be always limp and unsteady? 常にからだがやわらかく、しっかりしない感じがありますか	No いいえ	Yes はい	Not sure わからない
4	Do you have hard time to hold your child as he/she always bend in retroflex or stiffen his/her arms and legs? 常に抱っこした時にそり返ったり、手足がつっぱったりして抱きにくいことはありますか	No いいえ	Yes はい	Not sure わからない
5	Does your child put his/her hand or toys in his/her mouth? 手やおもちゃを口にもっていきますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
6	Does your child put his/her hands together and play with them in front of his/her face when lying on his/her back? あおむけで、顔の前で両手をからみ合わせて遊びますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
7	When you give a rattle to your child, can he/she hold it with his/her hand for a short time? ガラガラなどのおもちゃを持たせると、少しの間握っていますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
8	Does your child track motion with his/her eyes? 動くものを目で追いますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
9	Does your child chuckle out loud when you keep him/her amused? あやすと声をだして笑いますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
10	Does your child make some vowel sounds, like "ah-ah" or "coo-coo" other than crying? お子さんに語りかけたとき、「アウー」「クー」など泣き声以外の声をだしますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
11	Does your child try to look in the direction where you are out of sight when you talk to him/her? 見えない方から声をかけると、そちらの方を見ようとしますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
12	Does your child make an eye contact with you? お子さんと視線は合いますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
13	Have you ever felt that your child has abnormal eye movement or a strange look in his/her eyes? 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか	No いいえ	Yes はい	Not sure わからない

Questions for you: 子育て中のあなたへおたずねします

7. Please circle the appropriate numbers and describe in the parentheses about your childrearing.

育児について、あてはまるものに○をつけ、()に文字を記入してください。

(1) Please circle a picture below that represents best your current feeling.

今のあなたの気持ちに近いものに1つ○をつけてください



(2) Do you feel you do not have enough confidence in raising your child?

1. Very often 2. Sometimes 3. Rarely 4. Never

育児に自信が持てないことがありますか ①よくある ②時々ある ③ほとんどない ④全くない

(3) Who can give you advice and help you when you are in trouble? (Check all that apply).

あなたが困っているときに相談や協力をしてくれるひとはどなたですか (複数回答可)

1. Partner (Spouse)/ パートナー(配偶者) 2. Your parents or siblings/ 自分の親やきょうだい
3. Your partner's (spouse's) parents or siblings/ パートナー(配偶者)の親やきょうだい
4. Friends/ 友人 5. Neighbors/ 近所の人 6. SNS or internet/ SNS やインターネット 7. Family doctor/ かかりつけ医
8. Public health nurse/ 保健師 9. Nobody/ 誰もいない 10. Others/ その他 ()

(4) Do you have worries or doubts about your childcare? (Please also answer below) 1. Yes 2. No

育児で悩んだり、迷ったりすることはありますか (以下もお答えください) ①はい ②いいえ

Even if you are worried, you can solve it.

悩んでも解決できる

You do not have confidence and you are worried about your childcare.

育児に自身が持てず不安

You do not know how to interact with your child. The child's siblings require a lot of work.

こどもとの関わり方がわからない

兄弟姉妹に手がかかる

Differences in childcare policies between members of the family

家族間の育児方針の違い

You do not want to be with your child.

You are worried about hitting your child (or likely to hit your child)

こどもと一緒にいたくない

こどもをたたいてしまい (そうで) 悩んでいる

(5) Where do you go out with your child for a pleasure or other purposes? (Check all that apply.)

お子さんと出かけたり、遊びに行く場所はどこですか (複数回答可)

1. Child Rearing Support Center/ TSUDOI-no-Hiroba (Community 'Salon') etc./ 子育て支援センター、つどいの広場など
2. Your/ husband's parent's houses/ 実家、義理の実家 3. Parks/ 公園
4. Parent and Child Class/ Parenting Circle/ 親子教室、子育てサークルなど
5. Large commercial facilities/ 大型商業施設 6. Local events/ 地域の行事
7. Open school/ playground of childcare institutions etc./ 保育園の園庭開放など
8. Nothing special/ 特にない 9. Others / その他 ()

8. If you have any trouble related to childrearing at home now, please describe specifically.

現在、ご家庭で養育上お困りのことなどがありましたら記入してください。

e.g., illness, disability, your marital relationship, sibling(s).

記入例: 病気や障がいのこと、夫婦関係のこと、きょうだいのことなど

National survey: Followings are questions for national survey under the program "Healthy Parents and Children 21" of Ministry of Health, Labor and Welfare. We would like you to answer the following questions. 国の調査: 厚生労働省「健やか親子21」による全国調査項目です。以下の質問にご協力ください

(1) Do you feel you received sufficient consideration during pregnancy as for continuous employment in your work place?

1. Yes 2. Rather 'Yes' 3. No 4. I did not work during pregnancy.

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

①思う ②やや思う ③思わない ④妊娠中は仕事をしていなかった

***Be sure to complete the following pages.**
裏面も記入してください

- (2) Did you know a 'Maternity Mark (a key chain or a patch which shows people around you that you are pregnant)' during pregnancy? 1. No 2. Yes

妊娠中、マタニティーマークを知っていましたか

①知らなかった

②知っていた

If you check "2. Yes", answer the following question.

「②知っていた」と答えたかたは下記の質問にもお答えください。



Did you use the "Maternity-mark" during pregnancy?

マタニティーマークを妊娠中に使用したことがありますか

1. Yes

①ある

2. No

②ない

- (3) Did you receive enough advice or care from a midwife or a public health nurse for about one month after the birth and returning home from hospital? 1. Yes 2. No 3. Not sure

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・ケアは十分に受けることができましたか

①はい

②いいえ

③どちらともいえない

- (4) Do you have time to spend with your child in a relaxed mind? 1. Yes 2. No 3. No idea

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

①はい

②いいえ

③何ともいえない

- (5) Do you have difficulty in raising your child? 1. Always 2. Sometimes 3. No

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 ①いつも感じる ②時々感じる ③感じない

- (6) A question for those who answered 1 or 2 to the question (5). Do you have any solution such as consulting a relevant institution when you have difficulty in raising your child? 1. Yes 2. No

(5)で①②と回答した人にお聞きます。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 ①はい ②いいえ

- (7) Do your child's mother and father cooperate in housework and childcare?

1. Yes

2. Rather 'Yes'

3. Rather 'No'

4. No.

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

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

- (8) Does the child's mother currently smoke? *Including heated tobaccos 1. No 2. Yes (cigarettes/ day)

現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか ※加熱式たばこも含む

①いいえ

②はい(本/日)

- (9) Does the child's father currently smoke? *Including heated tobaccos 1. No 2. Yes (cigarettes/ day)

現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか ※加熱式たばこも含む

①いいえ

②はい(本/日)

- (10) Do you know that many children aged from 6 to 12 months 'follow after his/her parent'? 1. Yes 2. No

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

①はい

②いいえ

- (11) Do you know an action that may cause a brain damage, called Shaken Baby Syndrome, resulting from forcefully and violently shaking a baby's head back and forth when he/she won't stop crying or other reason? 1. Yes 2. No

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

①はい

②いいえ

- (12) Do you know the 'Emergency Medical Telephone Consultation for Children (#8000)' in case of sudden illness or injury? 1. Yes 2. No

こども医療電話相談(＃8000)を知っていますか ①はい ②いいえ

- (13) Would you like to stay in this area to raise your child? 1. Yes 2. Rather 'Yes' 3. Rather 'No' 4. No

この地域で、今後も子育てをしていきたいですか

①そう思う

②どちらかと言えばそう思う

③どちらかと言えばそう思わない

④そう思わない

- (14) Have you had following incidents at home in the last few months? If yes, circle all that apply.

この数か月の間に、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○を付けてください

1. You brought up your child with too strict discipline.

しつけのし過ぎがあった

2. You emotionally hit your child.

感情的に叩いた

3. You went out and left your child alone at home.

乳幼児だけを家に残して外出した

4. You did not give your child any food for a long time.

長時間食事を与えなかった

5. You shouted at your child with emotional words.

感情的な言葉で怒鳴った

6. You covered your child's mouth.

子どもの口をふさいだ

7. You violently shook your child.

子どもを激しく揺さぶった

8. Not applicable.

該当しない