

Health Questionnaire (for 9-month-old health checkup)
9 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 Fukushima 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

Home phone/ 自宅電話

Cell-phone number/ 携帯電話

(Relationship/ 続柄:)

Family Structure: 家族構成について

Please give information about your cohabiting family members **other than the child** (the ___ child) **subjected to a 9-month-old checkup.** *本児(第 子)以外で、同居されているご家族について、記入してください

Relationship 続柄	Name 氏 名	Date of birth (yyyy/mm/dd) 生 年 月 日	What does he/she do? (Occupation, child care center, kindergarten, school, etc.) 職 業 等 (保育所、幼稚園、学校)	Health condition 健 康 状 況
Father 父		/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
Mother 母		/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
	M/F 男・女	/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
	M/F 男・女	/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
	M/F 男・女	/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
Grandfather 祖父		/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
Grandmother 祖母		/ / (Age:)		Good / Bad () よい・わるい()
Others cohabitants (その他の同居者)				
Main person who takes care of child 主な保育者		Daytime (Father / Mother / Grandmother / Grandfather / Child Care Center/ Nursery affiliated kindergarten/ Small child care institution/ Other ()) 昼 (父・母・祖母・祖父・保育所/ 認定こども園/ 託児所・その他()) Nighttime (Father/ Mother/ Grandmother/ Grandfather/ Other ()) 夜 (父・母・祖母・祖父・その他())		
Nursery/ Kindergarten enrollment status 就園状況		() Child Care Center/ Nursery affiliated kindergarten/ Small child care institution admission period (from yyyy / mm / dd Being in child care institution/ Plan to enroll) ()保育所/ 認定こども園/ 託児所 入園時期 (令和 年 月～ 入園中・入園予定)		

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 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、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.) (2) Food (amount and frequency of feeding solid foods, etc.)

発育(身長、体重、頭の大きさなど) 食事(離乳食の量や回数など)

(3) Stools (constipation, diarrhea, etc.) (4) Motor development (He/she cannot sit/ stand without support, etc.)

便(便秘、下痢など) 運動発達(お座りが安定しない、支え立ちをしないなど)

(5) Child's body (6) Childrearing matters/ (7) Others

からだのこと 育児のこと その他

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



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】

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

受付

問診

計測

診察

結説

(栄・相)

あり・なし

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 the appropriate item and fill in the number etc. in the parentheses relating to your child's current conditions.

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. Breast milk (_ times per day)/ ①母乳(1日 回) 2. Mixed (breast milk: __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) The number of solid food per day 離乳食回数	1 time / 2 times / 3 times / 4 times or more / Not yet started ①1回食 ②2回食 ③3回食 ④4回食以上 ⑤未開始
(3) How many teeth does your child have? 歯の本数	(_____tooth/ teeth) ()本 →Question to those whose child has a teeth or more: Do you brush your child's teeth? (Yes / No) 歯が1本以上生えているか: 歯磨きはしていますか(①はい ②いいえ)

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

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

*If your child attends a child care center or small child care institution, 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 after the 4-month-old checkup? If he/she has, please fill in the blanks below.

4か月児健康診査以降、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())

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。

Disease name: 病名など	Institution: 医療機関名
-----------------------	-----------------------

6. Here are questions about your child's development. Please circle the appropriate answer.

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






1	Can your child sit without using his/her hands for support? (_____months after birth) お座りは、手をつけないでしっかりできますか (生後 か月～)	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
2	Can your child stand when holding on to something? (_____months after birth) つかまり立ちができますか (生後 か月～)	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
3	Can your child pick up small things with his/her thumb, index finger and middle finger? 親指・人さし指・中指の3本の指で小さなものをつまみますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
4	Can your child pick up two things such as toys and hold them in his/her both hands at a time? おもちゃなど 2 つの物をひろいあげて左手と右手で同時に持てますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
5	Does your child use baby talk (babbling) such as "mama", "pa-pa-pa", or "dada"? マンマ、パパパ、ダダなどのなん語はありますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない

6	Does your child look back at you when you approach him/her quietly and talk to him/her in a whisper? そっと近付いて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
7	Does your child follow his/her parent with eyes when the parent is out of sight? 親の姿が見えなくなると、目で追いますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
8	Does your child know the difference between you and strangers? Or is your child shy with strangers? あなたと知らない人を区別するなどの人見知りがありますか	Yes はい	No いいえ	Not sure わからない
9	Is your child happy when you play facing him/her? (e.g.: Does your child laugh when you let your baby's arms dangle or play peek-a-boo.) 向き合って遊んだ時に喜びますか？（例：腕をブラブラとした時や、いないいないばあをした時に笑ったりする）	Yes はい	No いいえ	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 one 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。

<p>(1) Do you have time to spend with your child in a relaxed mind? 1. Yes 2. Not 3. Not sure 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</p>			
<p>(2) 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</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">① </div> <div style="text-align: center;">② </div> <div style="text-align: center;">③ </div> <div style="text-align: center;">④ </div> <div style="text-align: center;">⑤ </div> </div>			
<p>(3) Do you feel you do not have enough confidence in raising your child? 1. Very often 2. Sometimes 3. Rarely 4. No 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</p>			
<p>(4) 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ほどなたですか（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 the 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()</p>			
<p>(5) 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</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Even if you are worried, you can solve it. 悩んでも解決できる</p> <p>You do not know how to interact with your child. こどもとの関わり方がわからない</p> <p>Differences in childcare policies between members of the family 家族間の育児方針の違い</p> <p>You do not want to be with your child. こどもと一緒にいたくない</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>You do not have confidence and you are worried about your childcare. 育児に自身が持てず不安</p> <p>The child's siblings require a lot of work 兄弟姉妹に手がかかる</p> <p>You are worried about hitting your child (or likely to hit your child) こどもをたたいてしまい（そうで）悩んでいる</p> </td> </tr> </table> </div>		<p>Even if you are worried, you can solve it. 悩んでも解決できる</p> <p>You do not know how to interact with your child. こどもとの関わり方がわからない</p> <p>Differences in childcare policies between members of the family 家族間の育児方針の違い</p> <p>You do not want to be with your child. こどもと一緒にいたくない</p>	<p>You do not have confidence and you are worried about your childcare. 育児に自身が持てず不安</p> <p>The child's siblings require a lot of work 兄弟姉妹に手がかかる</p> <p>You are worried about hitting your child (or likely to hit your child) こどもをたたいてしまい（そうで）悩んでいる</p>
<p>Even if you are worried, you can solve it. 悩んでも解決できる</p> <p>You do not know how to interact with your child. こどもとの関わり方がわからない</p> <p>Differences in childcare policies between members of the family 家族間の育児方針の違い</p> <p>You do not want to be with your child. こどもと一緒にいたくない</p>	<p>You do not have confidence and you are worried about your childcare. 育児に自身が持てず不安</p> <p>The child's siblings require a lot of work 兄弟姉妹に手がかかる</p> <p>You are worried about hitting your child (or likely to hit your child) こどもをたたいてしまい（そうで）悩んでいる</p>		

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