

3-4 month Health Examination (3~4か月児健康診査受診票)

Name 名前	Sex/ 性別	Male ・ Female 男 女	Child's position in family 第 子	Date of birth 生年月日
Home address 住所				Name of the guardian 保護者氏名
Main caregiver 主な保育者	Mother 母 Grandparents 祖父母 Others その他			Father 父 Nursery school 保育所(園)
Birth hospital 出産施設名	Birth weight 出産時体重			Fetus week number 在胎週数
Pregnancy course 妊娠経過	1. Normal 正常 3. Threatened miscarriage 切迫流産 5. Anemia 貧血 7. Others その他			2. Pregnancy-induced hypertension 妊娠高血圧症候群 4. Threatened premature delivery 切迫早産 6. HBs (Hepatitis B) antigen test positive HBs抗原検査(陽性)
Delivery course 分娩経過	1. Normal 正常 3. Breech delivery 骨盤位 5. Absorption/Forceps 吸引・鉗子			2. Cesarean birth 帝王切開 4. Prolonged delivery 遷延分娩 6. Others その他
Condition of birth 出産時の状態	1. Incubator 保育器を使用した 3. Phototherapy 光線療法を受けた			2. Oxygenation 酸素を使用した 4. HBIG (Hepatitis B immunoglobulin) 出産直後にグロブリン(HBIG)を投与した
Condition of the baby after birth 出産後の状態	1. Normal 正常 3. Cyanosis チアノーゼ 5. Poor sucking 哺乳力が弱い 7. Hypoglycemia 低血糖 低血糖			2. Apparent death 仮死 4. Respiration disorder 呼吸異常 6. Jaundice 黄疸 8. Others その他
Past medical history 今までの病気	1. None 無			2. If yes, details 有()
Present illness 現在の病気	1. None 無			2. If yes, details 有()
Nutrition 栄養法	1. Breast feeding 母乳 3. Both 1 and 2 (1 times/day) (2 times/day) 混合			2. Formula milk ミルク times/day 回/日
1 Does the baby follow movement with his/her eyes? 動くものを目で追いますか。	Yes はい			No いいえ
2 Does the baby chuckle when you play with him/her? あやすと声を出して笑いますか。	Yes はい			No いいえ
3 Is the baby able to hold his/her head up without help? 首がすわりましたか。	Yes はい			No いいえ
4 When you call your baby from a place that is not visible, does the baby face that direction? 見えない方から声をかけるとそちらを向きますか。	Yes はい			No いいえ
5 Do you think something is wrong with the baby's vision or eye movement? 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
6 Does the baby bend backwards even he/she is in a good mood? きげんが良いときでも反りかえって抱きにくいですか。	No いいえ			Yes はい
7 Do you know 6 months - 1 year old babies chase their parents? 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。	Yes はい			No いいえ
8 1) Do you have any problems raising the baby? 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。	Always いつも感じる No 感じない			Sometimes 時々感じる
2) Do you know the helplines and how to solve these problems? 育てにくさを感じた時に、相談先を知ってるなど、何らかの解決する方法を知っていますか。	Yes はい			No いいえ
9 How do you feel about the pregnancy and delivery? 妊娠・出産についての状況はいかがでしたか。	Very satisfied とても満足している Paritally satisfied 満足していない			Satisfied 満足している Not satisfied at all 全く満足していない
10 Do you hold the baby and talk to him/her enough? お母さんがことばかけや抱っこを十分していると思いますか。	Yes はい No いいえ			Neither どちらともいえない
11 Are you troubled because you don't feel love for your child? 自分の子どもなのに、かわいいと思えず悩むことはありますか。	No いいえ Yes はい			Neither どちらともいえない

12	Do you blame yourself and feel depressed that you can't raise your baby well? 子育てがうまくいかずに、自分を責めて気持ちが落ち込むことがありますか。	No いいえ Yes はい	Neither どちらともいえない
13	Do you spend time relaxedly with the baby? お母さん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。	Yes はい Neither 何ともいえない	No いいえ
14	Please select all the followings that you have done in these past few months. この数ヶ月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるもの全てに○をつけてください。	1. I disciplined him/her too much. しつけのし過ぎがあった 3. I left the baby to be at home alone. 乳幼児だけを家に残して外出した 5. I yelled at him/her. 感情的な言葉で怒鳴った 7. I shook him/her. 子どもを激しく揺さぶった	2. I slapped him/her. 感情的に叩いた 4. I didn't feed him/her for long hours. 長時間食事を与えなかった 6. I blocked his/her mouth. 子どもの口をふさいだ 8. None いずれも該当しない
15	Do you have someone to talk to about child rearing? 育児について身近に相談する方はいますか。	Yes はい	No いいえ
16	About 1 month after delivery, did you receive enough care from a midwife or a public health nurse? 産後、退院してからの1ヶ月程度、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。	Yes はい Neither どちらともいえない	No いいえ
17	How did you feed him/her 1 month after delivery? 生後、1ヶ月の栄養法はどうか。	1. Breast feeding 母乳 3. Both 1 and 2 混合	2. Formula milk ミルク
18	Does your husband help you with child rearing? お子さんのお父さんは育児をしていますか。	1. Very much よくやっている 3. Rarely ほとんどしない	2. Sometimes 時々やっている 4. I can't say yes or no 何ともいえない
19	Do you know the pediatric medical emergency hotline #8000? 小児救急電話相談(#8000)を知っていますか。	Yes はい	No いいえ
20	Does your baby have a family doctor? お子さんのかかりつけの医師はいますか。	Yes はい Neither 何ともいえない	No いいえ
21	Do you know about SIDS? SIDS:Sudden Infant Death Syndrome ※When you shake your baby violently, it damages the baby's brain. 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程激しく揺さぶる事によって、脳障がい起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか。	Yes はい	No いいえ
22	Has the baby fallen down from a bed or choked on something before? ベッドから落ちたり、窒息しそうになったりすることがありますか。	No いいえ	Yes はい
23	Do you plan to raise your baby in Miyazaki City from here on? この地域で今後も子育てをしていきたいですか。	1. Agree そう思う 3. Somewhat disagree. どちらかといえばそう思わない	2. Somewhat agree どちらかといえばそう思う 4. Disagree そう思わない
24	1)Did you know about Maternity Mark when you became pregnant? 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。 If Yes, 知っていた場合 2)Have you ever used the Maternity Mark? 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事がありますか。	Yes 知っていた Yes 利用した事がある	No 知らなかった No 利用した事はない
25	1) Were you working when you were pregnant? あなた(お母さん)は妊娠中、働いていましたか。 If Yes, 働いていたことある場合 2)Did your company consider your pregnancy when you were working? 妊娠中、仕事を続ける事に対して職場から配慮されたと思いますか。	Yes 働いていたことがある Yes はい	No 働いていない No いいえ
26	Did you drink when you were pregnant? 妊娠中あなた(お母さん)は、飲酒をしていましたか。	No なし	Yes あり
27	Did you smoke when you were pregnant? 妊娠中あなた(お母さん)は、喫煙をしていましたか。	No なし	Yes (cigarettes/day) あり (1日 本)
28	Do you smoke? 現在、あなた(お母さん)は、喫煙をしていますか。	No なし	Yes (cigarettes/day) あり (1日 本)
29	Does your husband smoke? 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	No なし	Yes (cigarettes/day) あり (1日 本)
30	Please write anything that you want to consult about child rearing or about yourself. その他、育児やお母さん自身で心配なこと、相談したいことがあれば、ご記入ください。	()	