

7-8 month Health Examination (7~8か月児健康診査受診票)

Name 名前		Sex/ 性別	Male 男	Female 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 保育者(園)	
Birth hospital 出産施設名		Birth weight 出生時体重			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	
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( )	
Does the baby be able to hold his/her head up without help? 首がすわっていますか。		Yes ( ) months old はい 月			No いいえ	
Does he/she chuckle? 声を出して笑いますか。		Yes はい			No いいえ	
Does he/she shake a rattle? ガラガラを振りますか。		Yes はい			No いいえ	
Nutrition (3 months old) 3か月頃の栄養法		1. Breast feeding 母乳 3. Both 1 and 2 混合			2. Formula milk ミルク	
Nutrition (Present) 現在の栄養法		1. Breast feeding times/day 母乳 回/日 3. Both 1 and 2 (1 times/day) (2 times/day) 混合 (母乳 回/日) (ミルク 回/日)			2. Formula milk times/day ミルク 回/日 4. Baby food times/day 離乳食 回/日	
Kind of baby food 離乳食の内容		Rice gruel おかゆ Fish 魚 Egg 卵 Meat 肉 Tofu 豆腐			Mashed vegetables つぶした野菜 Others ( ) その他	
When did you start feeding baby solid food? 離乳食を開始したのは、いつですか。		_____ months old か月から開始			Not started yet 未開始	

1 Does the baby look at you when you call him/her? 名前を呼ぶと振り向きますか。	Yes はい	No いいえ
2 Does the baby toss and turn? 寝返りをしますか。	Yes はい	No いいえ
3 Does the baby sit up? おすわりをしますか。	Yes はい	No いいえ
4 Is the baby able to reach for and grab the toy? おもちゃに手をのばしてつかみ取りますか。	Yes はい	No いいえ
5 Does the baby try to speak when he/she is with the family? 家族と一緒にいるときに話しかけるような声を出しますか。	Yes はい	No いいえ
6 Do you think something 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
7 Can the baby distinguish his/her mother from other people? お母さんと他の人との区別がつかめますか。	Yes はい	No いいえ
8 Do you hold the baby and talk to him/her enough? お母さんがこた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
9 Are you troubled because you don't feel love for your child? 自分の子どもなのにかわいと思えず悩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
10 Do you blame yourself and feel depressed that you can't raise your baby well? 子育てがうまくいわずに、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
11 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
12 Do your family members care about your baby's development and do they help in child rearing? 家族は、お子さんの発育や様子に関心を持ち、育児に参加してくれますか。	Yes はい	No いいえ
13 Has he/she ever had a serious injury, burn, and/or accidental swallowing? 今までに大きなけが・やけど・誤飲等をしたことがありますか。	No いいえ	Yes はい
14 Does anyone in your family smoke? 現在、ご家庭でタバコを吸われる方はいますか。 ※If Yes: 有の場合	No いいえ Father 父 Live-in Relative 同居者 cigarettes/day 本/日 cigarettes/day 本/日	Yes はい Mother 母 cigarettes/day 本/日
15 Does the baby enjoy eating baby food? 離乳食を喜んで食べていますか。	Yes はい	No いいえ
16 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。	( )	