

1 year-old Health Examination (1歳児健康診査受診票)

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				
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( )				
Is the baby able to keep his/her head up without help? 首がすわっていますか。	Yes ( ) months old はい か月			No いいえ				
Is he/she able to sit? おすわりできますか。	Yes ( ) months old はい か月			No いいえ				
Does he/she able to stand up without help? ひとりですわりますか。	Yes はい			No いいえ				
Nutrition (Solid Foods) 栄養法(離乳食)	Started ( ) months old 開始 か月 Present ( ) times/day 現在 回/日 1. Eats a lot よく食べる 2. Normal ふつう 3. Hardly eats あまり食べない							
Kind of baby food 食事内容	Rice ごはん	Egg 卵	Tofu 豆腐	Fish 魚	Meat 肉	Vegetables 野菜	Fruits 果物	Others その他
Breast milk 母乳	1. Not drinking 飲んでいない			2. Drinking 飲んでいる				

1 Does the baby hold onto support while walking? つたい歩きをしますか。	Yes はい	No いいえ
2 Does the baby point at small things with his/her finger? 小さな物を指先でつまみますか。	Yes はい	No いいえ
3 Does the baby mimic or respond to greetings such as "bye bye" and "hello (konnichiwa)"? 「バイバイ」「こんにちは」などの言葉に反応したりまねたりしますか。	Yes はい	No いいえ
4 Does the baby turn around to respond to his/her name? 名前を呼ぶと振り向きませんか。	Yes はい	No いいえ
5 Are you concerned if the baby is hard of hearing? 耳が遠いという心配がありますか。	No いいえ	Yes はい
6 Does the baby understand simple words such as "come (oide)" or "please (choudai)"? 「おいで」「ちょうだい」などの簡単な言葉がわかりますか。	Yes はい	No いいえ
7 Does the baby move along with the rhythm of the music? 音楽にあわせてからだを動かしますか。	Yes はい	No いいえ
8 Is the baby happy when you play with him/her? 相手になって遊んでやると喜びませんか。	Yes はい	No いいえ
9 Have you started oral hygiene for the child? 歯の手入れを始めていますか。	Yes はい	No いいえ
10 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
11 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
12 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
13 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
14 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
15 Does anyone in your family smoke? 現在、ご家族でタバコを吸われる方はいますか。 ※If Yes: はいの場合	No いいえ Father 父 Live-in Relative 同居者	Yes はい cigarettes/day 本/日 Mother 母 cigarettes/day 本/日
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。	( )	