

1歳6か月児健康診査 問診票

保護者氏名()

現在国では、21世紀の母子保健計画である「健やか親子21」を策定し、「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現を目指しております。この問診票は「健やか親子21」の評価として活用させていただくものです。ご記入の上、健診当日にお持ちください。ご協力をお願いいたします。 この問診票に関する問い合わせ先：鹿児島市母子保健課(099-216-1485)

あてはまる回答に、☑を付けて下さい。また、()には該当する数字または理由を記入して下さい。

	設問	回答
1	今回健診を受ける子どもさんの産後、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・ケアは十分に受けられましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらとも言えない その理由()
2	妊娠中、お子さんのお母さんは喫煙をしていましたか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 本)
3	妊娠中、お子さんのお母さんは飲酒をしていましたか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
4	(1)現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 本)
	(2)現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 本)
5	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。	<input type="checkbox"/> 仕上げ磨きをしている (子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) <input type="checkbox"/> 子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている <input type="checkbox"/> 子どもだけで磨いている <input type="checkbox"/> 子どもも保護者も磨いていない
6	(1)四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)の予防接種(第1期初回3回)を済ませましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	(2)麻疹・風しんの予防接種を済ませましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思わない <input type="checkbox"/> そう思わない
8	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。	<input type="checkbox"/> よくやっている <input type="checkbox"/> 時々やっている <input type="checkbox"/> ほとんどしない <input type="checkbox"/> 何ともいえない
9	浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 該当しない
10	お子さんのお母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごす時間がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 何ともいえない
11	(1)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。	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 時々感じる <input type="checkbox"/> いつも感じる
	(2) (設問(1)で、「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、)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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	1歳半から2歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味を持った時に、指さしで伝えようとする」ことを知っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	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☑を付けて下さい。	<input type="checkbox"/> しつけのし過ぎがあった <input type="checkbox"/> 感情的に叩いた <input type="checkbox"/> 乳幼児だけを家に残して外出した <input type="checkbox"/> 長時間食事を与えなかった <input type="checkbox"/> 感情的な言葉で怒鳴った <input type="checkbox"/> 子どもの口をふさいだ <input type="checkbox"/> 子どもを激しく揺さぶった <input type="checkbox"/> いずれも該当しない
14	小児医療電話相談(＃8000)を知っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	(1)お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか	<input type="checkbox"/> 働いていたことがある <input type="checkbox"/> 働いていない
	(2)((1)で「働いていたことがある」と回答した人に対して)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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	(1)妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。	<input type="checkbox"/> 知っていた <input type="checkbox"/> 知らなかった
	(2)((1)で「知っていた」と回答した人に対して)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ことがありますか。	<input type="checkbox"/> 利用したことがある <input type="checkbox"/> 利用したことはない

ご協力ありがとうございました。