Questionnaire on Health Checkup for 4 to 5-Month-Old Infant (Please fill out and bring it to the checkup.)

Kana Reading Name of Child		(Male/Female) (Your 1 st / 2 nd / 3 rd / child)	Date of E	Birth					
Address		Ayase-sh	Phone	Number ()				
*Please answer the following questions about your child since he/she was born. Please circle the applicable one.									
How was the result of screening for Congenital Dysb			olism	No abnorm	nality	/ Detailed			
		rie test)?			examination required				
0	llee ve				() Not received screening No / Yes				
2	Has your child had any medical problems?		NO / Y	es ()				
3	Is there any concern about the result of health checkup for 1				'es				
	month	old baby?	·)			
4	Circle the vaccinations your child has received. (Hib / Pediatric pneumocovaccine / DTP-IPV)				occal				
*Please answer the following questions about your child's development.									
1	Does v	our child laugh when you play with him/her?		Yes	/ No				
	•		1.6						
2	direction?								
3	•	Can your child make an eye contact with you?			Yes / No				
4	-	oes your child grab a rattle or other toys?			Yes / No				
5	-	our child play with both hands?			Yes / No				
6	•	Do you have any difficulty in holding your child as he/she is stiff? No / Yes							
7	•	ur child hold his/her head up while you are holding			Yes / No				
8	-	our child put his/her hand or toys in his/her mouth a	and lick?		Yes / No				
9	•	u often take your child for a walk?			Yes / No				
10	Does y	our child feed well?		Yes					
				imes Form		ml/time)			
11		J feed anything other than formula (fruit milk) to your child?	juice / sou	p / tea / others))				
12	Please	specify frequency of bowel movements of your chi	d.	(tir	nes/day)			
13	Do you	have anyone who helps you raise your child?							
	Yes (Spouse / Parents on husband's side / Parents on wife's side / others) / No								
14	Do you have any trouble as you cannot understand why your child is crying?								
					Yes / No				
15	•	Do you often get tired of parenting as it is too hard for you?		No /					
16	6 If you have any concerns or something to consult with us, please describe the details below					ow.			
	()			

(

4~5か月児健康診査アンケート (記入してお持ちください)

フリガナ 児の氏名			(男・女) (第 子)	令和 年 月 日生						
住	所	綾瀬市		電話 ()						
* お子さまがうまれてからこれまでの状況についておたずねします。										
該当するところに〇印をつけてください。										
1	先天性	t代謝異常等検査(ガスリー法)	の結果につい	()						
				受けていない						
2	これま	でに何か病気で医師にかかりま	したか	いいえ・はい						
3	1か月	見健診で何か心配なことがあり	ましたか	() いいえ・はい						
				()						
4	接種沒	βみの予防接種に○をつけてくだ	さい	(ヒブ・肺炎球菌・四種混合)						
*お子さまの最近の状況についておたずねします										
1	あやす	とよく笑いますか		はい・いいえ						
2	見えな	い方から声をかけるとそちらのた	を見ようと	しますか はい・いいえ						
3	視線が	合いますか		はい・いいえ						
4	ガラガ	ラなど、おもちゃを握りますか		はい・いいえ						
5	両手を	両手を使って遊びますかはい・いいえ								
6	身体を硬くして抱きにくいと感じることがありますかいいえ・			か いいえ・はい						
7	抱いて	いているとき、首はすわっていますか はい・いい								
8	手やお	3もちゃを口にもっていき、なめたりしますか はい・いいえ								
9	散歩を	よくしていますか								
10	母乳や	ミルクをよく飲みますか		はい・いいえ						
			(母乳	回 ミルク m l /回)						
11	ミルク	(母乳) 以外に何かあげています	かの(果汁	・スープ・お茶・その他)						
12	便の回	数は		(回/日)						
13	育児の	手伝いをしてくれる人がいますか	\							
		いる(き	・夫方父母	・妻方父母・その他)・いない						
14	14 お子さんがなぜ泣いているのか分からず困ってしまうことはありますか									
				はい・いいえ						
15	育児が	大変で嫌になることがよくありま	すか	いいえ・はい						
16	何か気	になることや相談したいことがあ	うればご記入	ください						
	()						