

日時 Date	持ち物 Belongings	健診内容 Contents
【日時 Date】 年 月 日 year, month, day. 【受付時間 Time】 : ~ : 当日都合の悪い方は下記 にお問い合わせください。 If you are not available on the day, Please contact the following phone number.	①母子健康手帳 Maternal and Child Health Handbook ※保護者の記録(3~4か月の頃)をご 記入下さい。 Fill in the page of your child's condition at 3~4 months. ②乳児健康診査質問票 This questionnaire sheet ③子育て質問票 Child raising questionnaire sheet (pink sheet; Japanese only) ※②③ ご記入下さい。 Must fill in. ④バスタオル Bath towel ⑤健康保険証(子) Child's health insurance card	診察 Examine 身体測定 Body measurement 個別相談 Individual consultation (Child care・Nutrition)
【健診会場 Place・問い合わせ先 Reference】 ○○○ Public Health Support Center		

乳児健康診査のお知らせ
Information of Baby's Health Checkup

お子さんの健康診査を実施します。費用はかかりません。
 なお、当日は母子健康手帳の保護者の記録(3~4か月頃まで)も記入してお持ちくださ
 さい。

We will have a health checkup of your child. It does not cost.
 Please fill in the page of your baby's condition at 3~4months old and bring
 it on the checkup day.

- 受付時間内にお越しください
Please come in check in time
- 最小限の人数でお越しください
Please come with the minimum number of people
- お車での来所はご遠慮ください
Do not come by car please

乳児健康診査質問票Baby's Health Checkup Questionnaire Sheet

- 保護者の方へ・・・事前に記入し、健診日に必ずお持ちください。
- Parents and Guardians Please fill in the form beforehand and bring it on the checkup day surely.

*お答えいただいた内容と健診結果は、個人情報の保護に十分配慮した上で子育てや健康に関する資料として活用します。また収集した個人情報については適正かつ安全に取り扱います。
 *The contents and diagnosis results that you have answered will be used as a data on child care and health, with due consideration to protection of personal information.
 We also properly and safely handle the personal information we have.

日中の連絡先 Phone No.daytime	日中の主な保育者は誰ですか Who is taking care of baby in a day?	母・父・保育ママ・保育園・その他() Mother・Father・Daycare mom・Nursery school・Others()
----------------------------	---	---

家族構成について(同居されている方についてご記入ください)About Family Members (Please write your family members who live together.)

氏名 Name	生年月日(西暦) Date of birth	続柄 Relation	職業 Occupation	健康状態 Health condition
フリガナ				
1	年 Year ・月 Month ・日 Day	本人 The said person		健康・他() Healthy・Other()
2	年 Year ・月 Month ・日 Day	母 Mother	会社員Office Clark・自営 Independent・その他Other	健康・他() Healthy・Other()
3	年 Year ・月 Month ・日 Day	父 Father	会社員Office Clark・自営 Independent・その他Other	健康・他() Healthy・Other()
4	年 Year ・月 Month ・日 Day			健康・他() Healthy・Other()
5	年 Year ・月 Month ・日 Day			健康・他() Healthy・Other()
6	年 Year ・月 Month ・日 Day			健康・他() Healthy・Other()
7	年 Year ・月 Month ・日 Day			健康・他() Healthy・Other()
8	年 Year ・月 Month ・日 Day			健康・他() Healthy・Other()
家族にアレルギー体質の方はいますか Do your family member have allergy?	いない No	いる (喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・花粉症) Yes (Asthma, Atopic dermatitis, Hay Fever)		

お母さん(妊娠中)の様子について About Mother's condition (during pregnancy)

スタッフ記入欄 Staff only

1	今までにかかった病気はありますか Have you get any disease?	なし No	あり(心臓病、糖尿病、結核、高血圧、他) Yes (Heart disease, Diabetes, Tuberculosis, High blood pressure, Others)	
2	今までに流産、早産、死産はありますか Have you ever experienced miscarriage, premature birth and stillborn (lose)?	なし No	あり() Yes()	
3	今回の妊娠中は順調でしたか Was it smooth during pregnancy?	はい Yes	いいえ(貧血、出血、妊娠高血圧、他) No (Anemia, Bleed, Pregnancy high blood pressure, Others)	
4	妊娠中、アルコール類を飲みましたか Did you drink alcohol during pregnancy?	いいえ No	はい(/日) Yes (/day)	
5	妊娠中、タバコを吸いましたか Did you smoke during pregnancy?	いいえ No	はい(本/日) Yes (/day)	
6	妊娠中、体重は何kgふえましたか How much gain your weight during pregnancy?		Kg	
7	今までに母親学級、両親学級は受けましたか Did you take mother's class or parents class?	はい Yes	いいえ No	

出産からこれまでにのお子さんの様子について(母子健康手帳から記入)				Please fill out your baby's condition since pregnancy till delivery from Maternal and Child Health Handbook.				スタッフ記入欄 Staff only		
8	妊娠何週で生まれましたか How many weeks was your delivery ?	週 日 Weeks Days								
9	分娩の経過は順調でしたか Was it smooth your delivery ?	はい Yes	いいえ No	骨盤位・帝王切開(予定・緊急)・他 Breech baby, Caesarean operation (planned+emergency), Others						
10	出生から退院までの経過は順調でしたか Was it normally progress after delivery until leave the hospital ?	はい Yes	いいえ No	仮死 黄疸:光線療法ありなし Suspended animation, Jaundice:light therapy Yes+No 哺乳力:弱 Sucking:weak 他:保育器・酸素吸入・人工呼吸器・経管栄養 Others:Incubator, Oxygen inhaler, Artificial ventilator, Tube feeding 新生児けいれん() Newborn cramp ()						
11	新生児聴覚検査は受けましたか Did he/she take new-born infant hearing test?	はい Yes	検査方法(ABR・OAE・不明) Inspection method(ABR,OAE, don't know)		いいえ No	わからない don't know				
12	新生児聴覚検査の結果はどうでしたか How was it?	正常(パス) Pass	再検査(リファー) Refer	その他() Others()						
13	1か月健診の結果はどうでしたか How was 1month health checkup ?	健康 Healthy	その他() Others ()							
14	これまでの計測値を記入してください Please fill out measured readings of baby until now.	出生時 New born		入院時 Time of Hospital Discharge		1ヶ月健診 1month checkup				
		測定日 Measuring date	月 日 month day	月 日 month day	月 日 month day					
		体重 Weight	g		g		g			
		身長 Height	cm		cm		cm			
		胸囲 Chest circumference	cm		cm		cm			
		頭囲 Head circumference	cm		cm		cm			
15	病気で受診をしたことはありますか Has baby ever consulted a doctor?			はい() Yes ()	いいえ No					
16	転落、やけど、誤飲などの事故はありましたか Has baby ever had accident like fall, burn, or swallowed wrong thing, etc ?			はい() Yes ()	いいえ No					
現在のお子さんの様子について About baby's condition								スタッフ記入欄 Staff only		
17	首はしっかりとりましたか Does baby settle his/her neck ?	はい Yes	いいえ No							
18	そばで動くものやお母さんを目で追いますか Does baby follow to watch where mother or moving something ?	はい Yes	いいえ No							
19	あやすと笑いますか Does baby smile when you coax ?	はい Yes	いいえ No							
20	おもちゃを握りますか Does baby grab a toy ?	はい Yes	いいえ No							
21	見えない方から物音が聞こえたり、声をかけるとそちらを見ようとしますか Does baby look toward or react when you call baby or something noise from out of his/her eye sight ?	はい Yes	いいえ No							
22	そりかえりやすいですか Does baby often recurve when you hold ?	いいえ No	はい Yes							
23	ひきつけをおこしたことがありますか Has he/she ever got convulsions ?	いいえ No	はい Yes							
24	現在の授乳状況 母乳(回/日) ミルク(ml× 回/日) 混合(回/日) Present nursing condition Mother's milk (/day) Bottle milk (mix /day) Mixed (/day) 母乳、ミルク以外に飲んでいるものがあればお書きください。 If he/she drinks beside milk , please write below. 湯ざまし(ml/日) 果汁(ml/日) スープ(ml/日) その他(ml/日) Cooled boiled water (ml/day) Juice (ml/day) Soup (ml/day) Others (ml/day)									
25	授乳、離乳食について相談したいことはありますか Do you want to talk anything about nurse or baby food ?			いいえ No	はい Yes					
26	便の回数は何回ですか How many times does baby defecate ?			日に 回 times day						
27	便の色は何色ですか What colors are excrement ?			黄・黄緑・緑・灰色・黒・他() Yellow, Yellow green, Green, Gray, Black, Others ()						
お父さん、お母さんについておたずねします ※32.33については保護者の方(この質問票を記入された方)におたずねします。 Question to mother and father:※32.33These are the questions to parent who answering this sheet.										
28	お母さんの1日の食事(主食とおかずを食べた)回数は何回ですか How many times does mom eat meals?(staple food & side dish)	3回 3 times	2回 2 times	1回 1 time	その他(回) Others()					
29	お母さんはタバコを吸っていますか Does mother smoke?	吸わない No	やめた Quit	吸っている Yes						
30	お父さんはタバコを吸っていますか Does father smoke?	吸わない No	やめた Quit	吸っている Yes						
31	お母さんは過去1年間に健康診断を受けましたか Has mother taken health checkup in the past year?	受けた(区民健診・国保健診・職場健診・家族健診・その他) Yes(check up of ward, National Health Insurance, Company, Company-family, Others)				受けない No				
32	かかりつけ歯科医はありますか Do you have family dentist? ある方は定期健診又は予防処置等を受けましたか Do you take dental checkup regularly or prevention treatment?	はい Yes	いいえ No	何ともいえない Can't say						
33	歯間ブラシやデンタルフロスを使っていますか。 Do you(parents) use dental floss or interdental brushes in addition to toothbrush?	毎日使っている Everyday	週1回以上使っている At least once a week	使っていない No						
その他心配なこと、相談したいことがありましたらご記入ください。 If you have anything worry or something want to talk about child & family, please write it here.										

記入もれがないかご確認いただき、健診当日忘れずにお持ちください。 Please check every question you have done and bring it on the checkup day.