

Questionnaire for 3~4Month Health Examination

Please fill out this questionnaire prior to the examination and bring it at the day of examination.

Name of Child	( )'st child		
Address	Chiyodaku	Male / Female	
Phone No		Date of Birth	/ /
Person who provides daytime care for your child	Mother/( )Nursery/Other( )		
The examination was held on the age of	( )month( ) days		
Baby's Condition at Birth	One Month Health Check-up		
Weight( )g,Height( )cm	Weight( )g,Height( )cm		
Head Circumference( )cm	Head Circumference( )cm		
Chest Circumference( )cm	Chest Circumference( )cm		

- ①Did you have any problems during your pregnancy?  
No / Yes( )
- ②Have you had any problem before or during your delivery?  
No / Yes( )
- ③Has your child ever had a major disease or been hospitalized?  
No / Yes( )
- ④Does your baby hold his/her head upright?  
No / Yes(Started doing this from \_\_\_\_\_ Month)
- ⑤Does your baby laugh or smile when you touch or hold him/her?  
Yes / No
- ⑥Does your baby try to follow moving things by his/her eye movement?  
Yes / No
- ⑦Is there anything unusual in your baby's eye movement or expression?  
Yes / No
- ⑧Does your baby try to look in the direction of your voice when you call him/her from a place out of the baby's sight?  
Yes / No
- ⑨Does your baby put his/her hands or toy's in his/her mouth and lick them?  
Yes / No
- ⑩How is your baby fed? Please circle below.  
Breastfeeding / Breastfeeding and bottle feeding / Bottle feeding only  
Breastfeeding( )times/day,( )minutes/per occasion  
Bottle feeding( )ml/times( )per a day.
- ⑪Has your child ever had allergic diseases?  
No / Yes (Name of disease )
- ⑫Use the space below to write down any concerns about child-raising or any other comments that you have.  
( )

3~4 か月児健康診査問診票

あらかじめ記入し、健康診査当日にお持ち下さい。

子どもの氏名	( )子		
目			
住所	千代田区	男 / 女	
電話番号		誕生日	/ /
昼間の養育者は誰ですか	母/( )保育園/その他( )		
健康診査時の月齢	( )か月( )日		
出生時の児の状態	1 か月健康診査時の児の状態		
体重( )g,身長( )cm	体重( )g,身長( )cm		
頭囲( )cm	頭囲( )cm		
胸囲( )cm	胸囲( )cm		

- ①妊娠時に異常はありましたか?  
いいえ / はい( )
- ②出産時に異常はありましたか?  
いいえ / はい( )
- ③今までに大きな病気にかかったり、現在治療中の病気はありますか?  
いいえ / はい( )
- ④首がすわりましたか?  
いいえ / はい(すわった時期 \_\_\_\_\_ か月)
- ⑤あやすとよく笑いますか?  
はい / いいえ
- ⑥目の前で動く物を目で追いますか?  
はい / いいえ
- ⑦目つきや目の動きがおかしいと思うことがありますか?  
はい / いいえ
- ⑧見えない方向から声をかけてみると、そちらの方をみようとしていますか?  
はい / いいえ
- ⑨おもちゃや手を口に持っていきますか?  
はい / いいえ
- ⑩授乳の方法と回数を教えて下さい。  
母乳だけ / 母乳と人工乳 / 人工乳だけ  
母乳( )回/日、( )分/回  
人工乳( )ml/回、( )回/日.
- ⑪今までにアレルギーに関する病気にかかったことはありますか?  
いいえ / はい (病名 )
- ⑫お子様のことで何か相談したいことがあれば記入して下さい。  
( )