



# 転入者アンケート (0歳～3歳児用)

フリガナ

フリガナ

お子さんの氏名： (第 子) 保護者名：

生年月日： 年 月 日 現年(月) 齢： 歳 か月 性別： 男・女

新住所：本巢市 TEL

前住所 都・道・府・県 市・区・町・村から 本巢市へ転入した日 年 月 日

家族構成 ( 核家族 ・ 複合家族 )						
氏名	年齢	続柄	職業	育休	健康状況であてはまるものに○印を付けてください	内服薬
				なし・年 月 日まで	健康・高血圧・糖尿病・こころの病気・他 ( )	無・有 ( )
				なし・年 月 日まで	健康・高血圧・糖尿病・こころの病気・他 ( )	無・有 ( )
					健康・高血圧・糖尿病・こころの病気・他 ( )	無・有 ( )
					健康・高血圧・糖尿病・こころの病気・他 ( )	無・有 ( )
					健康・高血圧・糖尿病・こころの病気・他 ( )	無・有 ( )
					健康・高血圧・糖尿病・こころの病気・他 ( )	無・有 ( )

### 1 お子さんの出生時の様子を教えてください。(母子健康手帳参照)

妊娠期間	児の体重	身長	頭 囲	胸 囲
週 日	g	cm	cm	cm
出産場所 県外 ・ 県内 医療機関名 ( )				

### 2 出生後、お子さんの様子はどうでしたか？

①異常なし ②その他 ( )

### 3 新生児聴覚検査は実施しましたか？

①実施した ( 異常なし ・ その他 ) ②実施していない

### 4 現在、授乳(母乳やミルク)がありますか？

①いいえ ②はい ( 母乳・ミルク・混合・その他 )

### 5 産後、ご自身(母)の気持ちやからだのことで、気がついたこと、変わったことがありましたか？

①いいえ ②はい ( )

### 6 ご自身(母)の睡眠の状況はいかがですか？

( )

### 7 お子さんのこれまでの発達の経過を教えてください。(母子健康手帳参照)

①首がすわる ( か月 日頃)	②ひとりすわり ( か月 日頃)
③ハイハイ ( か月 日頃)	④つたい歩き ( か月 日頃)
⑤ババイなどの行動のまね ( か月 日頃)	⑥ひとり歩き ( 歳 ヶ月頃)
⑦ママ、プープー等のことば ( 歳 ヶ月頃)	⑧ワンワン、キタなどの二語文 ( 歳 ヶ月頃)

### 8 これまでに受けた乳幼児健診等の受診日・市町村・診察所見や子育て応援給付について記入してください。

新生児訪問	4か月児健診	10か月児健診	1歳6か月児健診	2歳児健診	3歳児健診
受診日	受診日	受診日	受診日	受診日	受診日
受診市町村	受診市町村	受診市町村	受診市町村	受診市町村	受診市町村
所見など 異常なし・その他 ( )	診察所見など 異常なし・その他 ( )				

#### 【↓※2歳以下のみ記入↓】

子育て応援給付
・申請済 (給付を受けた・受けていない)
申請先市町村 ( )
・申請していない

職員記入欄 (対応日： 年 月 日 対応者： )	
次回 ( 健診・教室 )	<input type="checkbox"/> 日程案内渡し済
日時 ( 月 日 時 分 )	<input type="checkbox"/> 今年度該当健診なし
【配布したら☑】 <input type="checkbox"/> 子どもノート <input type="checkbox"/> 健診・教室アンケート <input type="checkbox"/> 育児手帳ファイル <input type="checkbox"/> 予防接種予診票 予診票つづり・単票 ( ) <input type="checkbox"/> 成人健診案内	
<input type="checkbox"/> 母子手帳コピー済 (直近の健診ページまでと予防接種の記録欄)	
<input type="checkbox"/> 子育て応援給付金申請書回収済・該当なし ※どちらかに○	
次回申し送り事項	

9 お子さんの1日の生活を順を追って、生活時間に沿って記入してください。（記入日 月 日 曜日）

時刻	お子さん 睡眠・起床・食事や間食（飲食した内容と量）・排便・外遊び・家遊び・入浴・就寝など	育児をしているの気持ち お子さんと一緒に過ごす中で、感じることや思っていること、やってみたいことを書いてください。
例	朝食 ご飯 子ども茶碗1杯、みそ汁（豆腐、わかめ、大根）、卵焼き 1切れ、ほうれん草のお浸し、お茶／ミルク・母乳	何でも自分でやりたがる。夕食はよく食べるが、朝食はあまり食べない。楽しい。困った。そろそろ支援センターへ行ってみたい。
午前		
0		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		1 起きる時間は決まっていますか。 ・8時前 ・8時台 ・9時台 ・10時台 ・11時以降 ・決まっていない
11		2 夜寝る時間は決まっていますか。 ・8時前 ・8時台 ・9時台 ・10時台 ・11時以降 ・決まっていない
午後		3 お家でどんな遊びをしますか。 〔 〕
12		4 テレビ・DVDの視聴時間 時間 分／日
1		5 散歩や外遊びの時間 時間 分／日
2		
3		
4		
5		◎お子さんの排泄について、当てはまるところに○をつけたり、数字を記入してください。
6		尿 便
7		※1歳半以上のみ記入 ・おしっこは、 出ても言わない 出ると言う 出る前に知らせる（我慢する）
8		・1日の排便回数 回 ・排便の時刻 決まっている（ 時頃） 決まっていない ・便の状態 やわらかい ・ふつう ・かたい
9		※1歳半以上のみ記入 ・夜は、 おむつをあてる おむつは使わない
10		・便が出た時 出ても言わない 出ると言う 便が出る前に知らせる
11		

10 出産後の育児等についての相談や情報提供を行うために、以下の質問にお答えください。

①子育てについて相談にのってくれたり、家事や育児のサポートしてくれる人としてどんな方が思い浮かびますか。

〔 〕

②育児について困っていることはありますか。

- いいえ  
はい

〔 〕

③知りたいこと、気になること

- ・ご自身の健康、お子さんやお子さんのご兄弟・ご家族、仕事、幼稚園・保育園、経済面、住まい・生活環境など

〔 〕

●ご記入ありがとうございました。健康支援課にて電話相談も随時受付けていますので、お気軽にご相談ください。



# 転入者【予防接種】アンケート

フリガナ  
 お子さんの氏名： \_\_\_\_\_ (第 子) フリガナ 保護者名： \_\_\_\_\_  
 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 現年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月 性別： 男 ・ 女  
 新住所：本業市 \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_  
 前住所 \_\_\_\_\_ 都・道・府・県 \_\_\_\_\_ 市・区・町・村 から 本業市へ転入した日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 記入年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入者： 父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他 ( )

◎今までに受けた予防接種について、母子健康手帳や接種済証にてご確認の上、ご記入ください。

職員記入欄

定期の予防接種の種類		実施年月日					職員記入欄
ロタウイルス <small>R2.10月より定期接種</small> <small>(下のいずれかを○で囲む)</small> ・ロタテック ・ロタリックス	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 <small>(ロタテックのみ)</small> 年 月 日			<input type="checkbox"/> (1・2・3)	
B型肝炎	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日			<input type="checkbox"/> (1・2・3)	
小児肺炎球菌 <small>(右のいずれかを○で囲む)</small> ・13価 ・15価 R6.4月～定期接種	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	追加 年 月 日		<input type="checkbox"/> (1・2・3・追)	
Hib感染症	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	追加 年 月 日		<input type="checkbox"/> (1・2・3・追)	
4種混合 (百日せき・破傷風・ジフテリア・ポリオ) H24.11月より定期接種	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	追加 年 月 日	2期 (DT) <small>(11歳から)</small> 年 月 日	<input type="checkbox"/> (1・2・3・追・2期)	
3種混合 (百日せき・破傷風・ジフテリア (または二種混合))	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	追加 年 月 日	2期 (DT) <small>(11歳から)</small> 年 月 日	<input type="checkbox"/> (1・2・3・追・2期)	
ポリオ	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	追加 年 月 日		<input type="checkbox"/> (1・2・3・追)	
5種混合 (百日せき・破傷風・ジフテリア・ポリオ・Hib) <small>R6.4月より定期接種</small>	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	追加 年 月 日	2期 (DT) <small>(11歳から)</small> 年 月 日	<input type="checkbox"/> (1・2・3・追・2期)	
BCG	年 月 日					<input type="checkbox"/>	
麻しん風しん混合 (MR)	第1期 年 月 日	第2期 年 月 日				<input type="checkbox"/> (1・2)	
麻しん (はしか)	第1期 年 月 日	第2期 年 月 日	麻しんにかかったことが ( ない ・ ある 年 月 日頃 )			<input type="checkbox"/> (1・2)	
風しん (三日はしか)	第1期 年 月 日	第2期 年 月 日	風しんにかかったことが ( ない ・ ある 年 月 日頃 )			<input type="checkbox"/> (1・2)	
水痘	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	水痘にかかったことが ( ない ・ ある 年 月 日頃 )			<input type="checkbox"/> (1・2)	
日本脳炎	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	追加 年 月 日	2期 (9歳から) 年 月 日		<input type="checkbox"/> (1・2・追・2期)	
ヒトパピローマウイルス <small>※女子のみ</small> <small>(右のいずれかを○で囲む)</small> ・サーバリックス ・ガーダシル ・シルガード	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日			<input type="checkbox"/> (1・2・3)	

手渡し

郵送

◎今までに受けた上記の予防接種の中に海外で接種したものはありますか? いいえ ・ はい (下記へ)

(どこの国で: \_\_\_\_\_、どの予防接種を\*: \_\_\_\_\_)

※多い場合は海外で接種した予防接種に○をして下さい。

【職員記入欄】※ を入れる。

窓口・〒 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 対応者: \_\_\_\_\_ )

内容確認済 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当者: \_\_\_\_\_ )  システム入力 ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当者: \_\_\_\_\_ )