

## 調査票(1-2歳)

この調査では、X年1月から12月の間に生まれた赤ちゃん、  
またはX年10月からX+1年10月の間に生まれた赤ちゃんについておきします。

(双子の場合は調査票が2部、入っていますので、下記にご記入の上それぞれの赤ちゃんについて別々にご記入ください；双子でない場合は下記囲みの中に記入は不要です)

双胎の場合の出生順位(下記のあてはまる方を丸で囲んでください)

双胎第一子 ・ 双胎第二子

調査は、この4枚つづりの調査票(裏表があります)と、同封してあります9ページからなる冊子(KIDS 乳幼児発達スケール)で行います。すべての質問にお答えいただいたのち、この調査票と発達スケール、それに同意書をすべて返信用の封筒に入れ、当院に御返送ください。

A. まず、質問用紙(「KIDS 乳幼児発達スケール」)にお答えください。

この冊子には、お子様の今現在の状況についての質問があります。

- 1) まず、表紙の「性別」「生年月日」「記入日」の欄を記入してください。
- 2) 発達スケール裏表紙の、「乳幼児発達スケール記入上の注意」をよく読んでから、1ページからご記入をお願いします。
- 3) 子どもの発達には、ご家庭の生活習慣、生活環境などでかなりな差異がありますので、いまのお子様の状況を率直にお書きください。

**B. 赤ちゃんができるまで、生まれた時、および現在の状況についてお聞きします。**

質問の中には、以前当院からおたずねしたものと重複する部分や、すこし立ち入った質問がありますが、調査を確かなものにするためご協力をいただければ幸いです。

1. 結婚なしてから、分娩までの期間について、下記にご記入ください。

- 1) お二人が一緒に住むようになってから分娩まで (満 年 カ月)
- 2) 結婚式を挙げてから分娩まで (満 年 カ月)
- 3) 赤ちゃんを作ろうと思ってから、分娩まで (満 年 カ月)

2. 今回妊娠が成立した周期より前に、下記のような不妊症検査・治療を受けたことがありますか？あてはまるものいくつか、番号に○をつけて下さい。(今回妊娠した周期に行った治療は含みません)

- 1) 不妊の検査や治療は、これまでうけたことがない
- 2) 排卵誘発剤(クロミフェン、セロフェン、hMG、recombinantFSH など)
- 3) 人工授精
- 4) 体外受精・顕微授精
- 5) 凍結胚移植
- 6) その他( )

3. 今回のお子さんを妊娠する以前に、妊娠の経験(人工妊娠中絶、自然流産、分娩など)がありますか？あれば、当てはまる番号に○をして、そのときのあなたの年齢を記入してください。

- 1) 自然流産 ( 回; 才、 才、 才)
- 2) 人工妊娠中絶 ( 回; 才、 才、 才)
- 3) 子宮外妊娠 ( 回; 才、 才、 才)
- 4) 分娩 ( 回; 才、 才、 才)



8. あなた(生まれた子供のお母様)は現在働いていらっしゃいますか？

1)はい

→「はい」と答えたかたへ；

次のうち、もっとも近い状態のアルファベットに丸をつけてください

A)週4日以上、かつ 28 時間以上働いている

B)A より少ないが、週平均 14 時間以上働いている

C)B より少ないが、週平均1時間以上働いている

2)いいえ

9. お子さんは現在保育園に通っていますか？

1)はい

→「はい」と答えたかたへ；いつ頃から保育園に通っていますか？

(満 歳 ヶ月より)

2)いいえ

10. 現在、あなた(生まれた子供のお母様)にはなにか病気がありますか？

当てはまる番号(いくつでも)に丸をつけてください。

1)糖尿病

2)甲状腺疾患

3)心臓病

4)腎臓病・高血圧

5)自己免疫疾患

6)その他( )

### C. 生まれてからの赤ちゃんの発育

#### 1. 身体発育（母子手帳の検診記録をみて、わかる範囲で記入してください）

##### 出産の状態

妊娠期間 妊娠 週  
 分娩の経過 頭位 骨盤位 その他( )  
 分娩所要時間 時間 分  
 出血量 少量・中量・多量( ml)

##### 出産時の児の状態

性別・数 男・女・不明 : 単・多 ( 胎)  
 計測値 体重 g 身長 cm  
 胸囲 g 頭囲 cm  
 特別な所見・処置 新生児仮死 → (死亡・蘇生)・死産

	実際の検診 実施月齢	栄養法	体重	身長	胸囲	頭囲
1ヶ月	か 月 日	母乳・混合・人 工	g	cm	cm	cm
3~4ヶ月	か 月 日	母乳・混合・人 工	g	cm	cm	cm
6~7ヶ月	か 月 日	母乳・混合・人 工	g	cm	cm	cm
9~10ヶ月	か 月 日	離乳食は1日 ( )回	g	cm	cm	cm
1歳	歳 か 月	母乳; 飲んでいる 飲んでいな い	g	cm	cm	cm
1歳6ヶ月	歳 か 月	母乳; 飲んでいる 飲んでいな い 離乳; 完了 未完了	g	cm	cm	cm

2 歳	歳 か		g	cm	cm	cm
	月					

2. 保護者による発達の記録（記入してある方のみ、ご記入ください。これまで特に記入していなかった場合は、何も記入しなくて結構です。）

### 『1 か月ごろ』

（記録日 年 月 日）

- 裸にすると手足をよく動かしますか。 はい いいえ
  - お乳をよく飲みますか。 はい いいえ
  - 大きな音にビクッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか。 はい いいえ
  - おへそはかわいていますか。 はい いいえ
- （ジクジクしている時は医師にみてもらいましょう）
- うすい黄色、クリーム色、灰白色の便が続いていますか。 はい いいえ
  - 子育てについて困難を感じることはありますか。 はい いいえ
  - 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

### 『3～4か月頃』

（記録日 年 月 日）

- 首がすわりましたか。 はい いいえ
- （すわった時期： 月 日頃）
- あやすとよく笑いますか。 はい いいえ
  - 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか。 はい いいえ
  - 見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしますか。 はい いいえ
  - 外気浴をしていますか。 はい いいえ
- （天気の良い日に薄着で散歩するなどをしてあげましょう。）
- 薄めた果汁やスープを飲ませていますか。 はい いいえ
- （5か月頃から離乳食が始められます。）
- 子育てについて困難を感じることはありますか。 はい いいえ
  - 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

### 『6～7か月頃』

（記録日 年 月 日）

- 寝返りをしますか。 はい いいえ
  - おすわりをしますか。（7か月頃） はい いいえ
- （支えなくてもすわれるようになった時： 月 日頃）

- からだのそばにあるおもちゃに手をのばしてつかみますか。 はい いいえ
- 家族といっしょにいるとき、話しかけるような声を出しますか。 はい いいえ
- テレビやラジオの音がしはじめると、すぐそちらを見ますか。 はい いいえ
- 離乳食を喜んで食べていますか。 はい いいえ  
(そろそろ離乳食を2回にすすめ、食品の種類をふやして  
いきましょう。7か月頃から舌でつぶせる固さにします。)
- 神経芽細胞腫の検査は済みましたか。 はい いいえ  
( 月 日提出)
- ひとみが白く見えたり、黄緑色に光って見えたりすることがあります。 はい いいえ
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

### 『9～10か月頃』

- |  |      |   |   |    |
|--|------|---|---|----|
|  | (記録日 | 年 | 月 | 日) |
|--|------|---|---|----|
- はいはいをしますか。 はい いいえ  
(できるようになった時: 月 日頃)
  - つかまり立ちができますか。 はい いいえ  
(できるようになった時: 月 日頃)
  - 指で小さい物をつまみますか。 はい いいえ  
(たばこや豆などの異物誤飲に注意しましょう。)
  - 機嫌よくひとり遊びができますか。 はい いいえ
  - 離乳食は順調にすすんでいますか。 はい いいえ  
(離乳食を3回にすすめましょう。9か月頃から歯ぐきでつぶせる固さにします。)
  - そっと近づいてささやき声で呼びかけると振り向きますか。 はい いいえ
  - 後追いをしますか。 はい いいえ
  - 歯の生え方、形、色、歯肉などについて  
気になることがありますか。 はい いいえ
  - 子育てについて困難を感じることはありますか。 はい いいえ  
何とも言えない
  - 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

### 『1歳の頃』

- |  |      |   |   |    |
|--|------|---|---|----|
|  | (記録日 | 年 | 月 | 日) |
|--|------|---|---|----|
- つたい歩きをしますか。 はい いいえ  
(できるようになった時: 月 日頃)
  - バイバイ、コンニチハなどの身振りをしますか。 はい いいえ
  - テレビなどの音楽に合わせて、からだを楽しそうに動かしますか。 はい いいえ
  - 大人の言う簡単なことば(おいで、ちょうだいなど)がわかりますか。 はい いいえ

- 相手になって遊んでやると喜びますか。 はい いいえ
- 食事を3回、喜んで食べていますか。 はい いいえ  
(食欲をなくさぬよう、またむし歯予防のために、砂糖の多い飲食物を控えましょう)
- どんな遊びが好きですか。(遊びの例: \_\_\_\_\_ )
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

『1歳6か月頃』

(記録日 年 月 日)

- ひとりで上手に歩きますか。 はい いいえ  
(ひとり歩きができるようになった時: \_\_\_\_\_ 月 日頃)
- ママ、ブーブーなどの意味のあることばをいくつか話しますか。 はい いいえ
- 自分でコップを持って水を飲めますか。 はい いいえ
- 哺乳ビンを使っていますか。 はい いいえ  
(哺乳ビンを使って飲むのは、むし歯予防などのためにやめるようにしましょう。)
- 食事やおやつの時間はだいたい決まっていますか。 はい いいえ
- 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。 はい いいえ
- 極端にまぶしかったり、目の動きがおかしいのではないかと  
気になりますか。 はい いいえ
- うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか。 はい いいえ
- どんな遊びが好きですか。(遊びの例: \_\_\_\_\_ )
- 子育てについて困難を感じることはありますか。 はい いいえ  
何とも言えない
- 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

質問は、以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

(記入後、乳幼児発達スケール、調査票を同封の封筒に入れ、お忙しいところ恐縮ですが 年 月末日までに当院へご返送いただければ幸いです。)

## 調査票(3-4歳)

この調査では、X年1月から12月の間に生まれた赤ちゃん、  
またはX年10月からX+1年10月の間に生まれた赤ちゃんについておききします。

(双子の場合は調査票が2部、入っていますので、下記にご記入の上それぞれの赤ちゃんについて別々にご記入ください；双子でない場合は下記囲みの中に記入は不要です)

双胎の場合の出生順位(下記のあてはまる方を丸で囲んでください)

双胎第一子 ・ 双胎第二子

調査は、この4枚つづりの調査票(裏表があります)と、同封してあります8ページからなる冊子(KIDS 乳幼児発達スケール)で行います。すべての質問にお答えいただいたのち、この調査票と発達スケール、それに同意書をすべて返信用の封筒に入れ、当院に御返送ください。

A. まず、質問用紙(「KIDS 乳幼児発達スケール」)にお答えください。

この冊子には、お子様の今現在の状況についての質問があります。

- 1)まず、表紙の「性別」「生年月日」「記入日」の欄を記入してください。
- 2)発達スケール裏表紙の、「乳幼児発達スケール記入上の注意」をよく読んでから、1ページからご記入をお願いします。
- 3)子どもの発達には、ご家庭の生活習慣、生活環境などでかなりの差異がありますので、いまのお子様の状況を率直にお書きください。

## B. 生まれてからの赤ちゃんの発育

### 1. 身体発育（母子手帳の検診記録をみて、わかる範囲で記入してください）

出産の状態

妊娠期間

妊娠 週

出産時の児の状態

性別・数

男・女・不明： 単・多（胎）

計測値

体重

g

	実際の検診 実施月齢	栄養法	体重	身長	胸囲	頭囲
1歳6ヶ月	歳 か 月	母乳； 飲んでいる 飲んでいな い 離乳； 完了 未完了	g	cm	cm	cm
2歳	歳 か 月		g	cm	cm	cm
3歳	歳 か 月		g	cm	cm	cm
4歳	歳 か 月		g	cm	cm	cm



- |                                 |     |     |          |
|---------------------------------|-----|-----|----------|
| ○ クレヨンなどで丸(円)を書きますか。            | はい  | いいえ |          |
| ○ 自分の名前が言えますか。                  | はい  | いいえ |          |
| ○ 歯みがきや手洗いをしていますか。              | はい  | いいえ |          |
| ○ 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。       | はい  | いいえ |          |
| ○ いつも指しゃぶりをしていますか。              | はい  | いいえ |          |
| ○ よくかんで食べる習慣はありますか。             | はい  | いいえ |          |
| ○ 斜視はありますか。                     | はい  | いいえ |          |
| ○ 物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしますか   | はい  | いいえ |          |
| ○ 耳の聞こえが悪いのではないかと気になりますか。       | はい  | いいえ |          |
| ○ ままごと、怪獣ごっこなど、ごっこ遊びができますか。     | はい  | いいえ |          |
| ○ 遊び友達がいますか。                    | はい  | いいえ |          |
| ○ 子育てについて困難を感じることはありますか。        | いいえ | はい  | なんともいえない |
| ○ 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。 |     |     |          |

質問は、以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

(記入後、乳幼児発達スケール、調査票を同封の封筒に入れ、お忙しいところ恐縮ですが 年 月末日までに当院へご返送いただければ幸いです。)

## 調査票(6-7 歳)

この調査では、X 年 1 月から 12 月の間に生まれた赤ちゃん、  
または X 年 10 月から X+1 年 10 月の間に生まれた赤ちゃんについておききします。

(双子の場合は調査票が 2 部、入っていますので、下記にご記入の上それぞれの赤ちゃんについて別々にご記入ください； 双子でない場合は下記囲みの中に記入は不要です)

双胎の場合の出生順位(下記のあてはまる方を丸で囲んでください)

双胎第一子 ・ 双胎第二子

調査は、この4枚つづりの調査票(裏表があります)と、同封してあります 9 ページからなる冊子(KIDS 乳幼児発達スケール)で行います。すべての質問にお答えいただいたのち、この調査票と発達スケール、それに同意書をすべて返信用の封筒に入れ、当院に御返送ください。

A. まず、質問用紙(「KIDS 乳幼児発達スケール」)にお答えください。

この冊子には、お子様の今現在の状況についての質問があります。

- 1)まず、表紙の「性別」「生年月日」「記入日」の欄を記入してください。
- 2)発達スケール裏表紙の、「乳幼児発達スケール記入上の注意」をよく読んでから、 1 ページからご記入をお願いします。
- 3)子どもの発達には、ご家庭の生活習慣、生活環境などでかなりの差異がありますので、いまのお子様の状況を率直にお書きください。

## B. 生まれてからの赤ちゃんの発育

### 1. 身体発育（母子手帳の検診記録をみて、わかる範囲で記入してください）

出産の状態

妊娠期間

妊娠 週

出産時の児の状態

性別・数 男・女・不明： 単・多（胎）

計測値 体重 g

	実際の検診 実施月齢	体重	身長	頭囲	栄養状態	目の異常	耳の異常
4歳	歳 か 月	g	cm	cm			
5歳	歳 か 月	g	cm	cm			
6歳	歳 か 月	g	cm	cm			

2. 保護者による発達の記録（記入してある方のみ、ご記入ください。これまで特に記入していなかった場合は、何も記入しなくて結構です。）

『4歳の頃』

	（記録日	年	月	日）
○ 階段を2, 3段の高さからとびおりたりしますか。	はい	いいえ		
○ 片足でケンケンをしてとびますか。	はい	いいえ		
○ 自分の経験したことをお母さんやお父さんに話しますか。	はい	いいえ		
○ お手本を見て十字がかけますか。	はい	いいえ		
○ はさみを上手に使えますか。	はい	いいえ		
○ 衣服の着脱ができますか。	はい	いいえ		
○ 友達と、ごっこあそびをしますか。	はい	いいえ		
○ 歯みがき、口すすぎ、手洗いをしますか。				
○ 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。	はい	いいえ		
○ いつも指しゃぶりをしていますか。	はい	いいえ		
○ 食べ物の好き嫌いがありますか。	はい	いいえ		
（嫌いな物の例：				）
○ おしっこをひとりですますか	はい	いいえ		
○ 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。				

『5歳の頃』

	（記録日	年	月	日）
○ でんぐりがえしができますか。	はい	いいえ		
○ 思い出して絵を書くことができますか。	はい	いいえ		
○ 色(赤、黄、緑、青)がわかりますか。	はい	いいえ		
○ はっきりした発音で話が出来ますか。	はい	いいえ		
○ 大便をひとりですますか。	はい	いいえ		
○ 幼稚園、保育所などの集団生活になじみ、たのしく過ごしていますか。	はい	いいえ		
○ 動物や花をかわいがったり、他人を思いやる気持ちをもっているようですか。	はい	いいえ		
○ 家族と一緒に食事を食べていますか。	はい	いいえ		
○ 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。	はい	いいえ		
○ いつも指しゃぶりをしていますか。				
○ お話を読んであげるとその内容がわかるようになりましたか。	はい	いいえ		
○ 食べ物の好き嫌いがありますか。	はい	いいえ		
○ 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。				

## 『6歳の頃』

	(記録日	年	月	日)
<input type="radio"/> 片足で5-10秒間立っていられますか。	はい			いいえ
<input type="radio"/> 四角の形をまねて、かけますか。	はい			いいえ
<input type="radio"/> 自分の「前後」「左右」がおおよそわかりますか。	はい			いいえ
<input type="radio"/> ひらがなの自分の名前を読んだり、書いたりできますか。	はい			いいえ
<input type="radio"/> おもちゃやお菓子などをほしくても我慢できるようになりましたか。	はい			いいえ
<input type="radio"/> 約束やルールを守って遊べますか。	はい			いいえ
<input type="radio"/> 6歳臼歯(乳歯列の奥に生える永久歯)は生えましたか。	はい			いいえ
<input type="radio"/> 保護者が歯の仕上げみがきをしてあげていますか。	はい			いいえ
<input type="radio"/> 朝食を毎日食べますか	はい			いいえ
<input type="radio"/> 育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。				

質問は、以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

(記入後、乳幼児発達スケール、調査票を同封の封筒に入れ、お忙しいところ恐縮ですが 年 月末日までに当  
院へご返送いただければ幸いです。)