

氏名 _____ (男・女) 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 (____ 歳 ____ か月)

子どもの病気について

1. かかりつけ医を決めていますか? (はい・いいえ)
2. 休日・夜間の急病や事故のときに受診できる医療機関をご存じですか? (はい・いいえ)
3. 急病のとき、親や保育所・幼稚園以外の保育者はいますか? (はい・いいえ)
4. 急病への簡単な対応ができますか? (はい・いいえ)
5. みえ子ども医療ダイヤル(#8000)をご存じですか? (はい・いいえ)
6. 医療ネット三重(<http://www.qq.pref.mie.jp/>)をご存じですか? (はい・いいえ)

子どもの事故について

1. 子どもの事故への対応について話を聴かれた事がありますか? (はい・いいえ)
2. 家庭で簡単な応急処置ができますか? (はい・いいえ)
3. 中毒センタ (誤飲、誤燕時に相談する)をご存じですか? (はい・いいえ)

子どもの病気の予防について

1. MR ワクチンはお済ですか? (母子手帳の予防接種欄で確認をお願いします) (済 ・ 未)
2. ポリオワクチンはお済ですか? (母子手帳で確認をお願いします) (1回・2回・未)
3. DPT ワクチンはお済ですか? (母子手帳で確認をお願いします) (1回・2回・3回・追加・未)
4. 今までに罹患した主な伝染病を母子手帳などに記録していますか? (はい・いいえ)
5. テレビ・ビデオゲームの影響や早寝早起き朝ご飯を子どもに話していますか? (はい・いいえ)
6. 手洗い・うがい・歯磨きの仕方などを子どもに教えていますか? (はい・いいえ)

子どもの事故の予防について

1. 転落(階段、ベランダ、テーブル、椅子、窓、ブランコ・滑り台など)した或いはしそうなあったことがありますか? (はい・いいえ)
2. 打撲・切傷(つまずき易いもの、浴室の滑り、ドアやサッシの開閉、自動車のドアや窓の開閉、ペン・フォーク・歯ブラシをくわえて走る、床のはさみ、包丁、かみそりなど)した或いはしそうなあったことがありますか? (はい・いいえ)
3. やけど(ポット、炊飯器、加湿器、お茶、味噌汁、ラーメン、鍋、アイロン、ストーブ、ヒーターなど)した或いはしそうなあったことがありますか? (はい・いいえ)
4. 誤飲・窒息(タバコ、灰皿、ボタン電池、硬貨、指輪、医薬品、化粧品、洗剤、ビニール袋、ピーナッツ、飴玉、餅、鼻や耳に小物を入れるなど)した或いはしそうなあったことがありますか? (はい・いいえ)
5. 交通事故(手をつなぐ、目を離さない、子どものいる位置を確認、交通ルールを教えるなど)に注意していますか? (はい・いいえ)
6. 子どもを車に乗せるときはチャイルドシートを使用していますか? (はい・いいえ)
7. 溺水(浴槽、ビニールプール、川や池での水遊びなど)に注意していますか? (はい・いいえ)
8. 放置(子どもを1人で自動車内や家の中などへ)に注意していますか? (はい・いいえ)

子どもの発育・発達について

1. 母子手帳の成長曲線表などに子どもの発育を記録していますか? (はい・いいえ)
2. 母子手帳などに子どもの発達を記録していますか? (はい・いいえ)
3. 定期健康診査を受けましたか? (1歳6か月・3歳・未)
4. 発育・発達について気になるところがありますか? (はい・いいえ)