

### 【デメリット】

この研究に参加いただき質問票にお答えいただく際に30分ほどのお時間を頂戴することになります。また、決められたスケジュールに合わせて定期的に来院いただく必要があります。その他、体脂肪率・骨塩量を測定する際にX線を使った検査を行うため、被ばくすることになります。しかしながらこの被ばく量はレントゲンをとるのと同じくらいで体への影響はないと考えられます。また、全てのお母さんと一部のお子さんを対象に採血を行います。採血の際には、できるだけ痛みを和らげるよう慎重に行います。

### 8.検査結果などのお知らせについて

この研究に参加いただいて行った身体計測や血液検査の結果、およびその結果の解釈など、全てお知らせし、お子さんやご自身が何か病気にかかっていると疑われた場合には医療機関受診をお勧めします。ただし、お子さんの発達検査など総合的な判断が必要な検査や評価が難しい検査については、個々のデータをお知らせすることはできませんが、この場合でも、医療機関受診をお勧めすることが必要であると判断した場合はお知らせいたします。

ただし、この研究にご協力いただいている方が、当センターで優先的に診察を受けられるというメリットはありません。あらかじめご了承ください。

### 9.費用について

この研究は厚生労働科学研究費補助金等によって行われ、この研究のために必要な面接調査やその他の検査について、費用をご負担いただくことは一切ございません。

ただし、妊婦健診やヶ月健診など、自治体から助成を受けている以外の健診費用はご自身で負担いただきます（お住まいの自治体により異なります）。また、この研究に参加いただいている期間中に行った検査などで診療を受ける必要が生じた場合、その費用などについては通常の保険診療としてご負担いただくこととなります。

### 10.自由意思による同意と同意の取り消しについて

この研究へ参加されるかどうかは、あなたの自由意思によりお決めください。参加されない場合でも、その後の診療で不利益を受けることは一切ありません。

いったん同意した後でも、いつでも自由にその同意を取り消すことができます。同意の取り消しの際には書面をもって「同意の撤回」又は「協力の中止」をお申し出ください。電話での同意取り消しも受け付けますが、後日書面を郵送して下さい。

同意を撤回される場合は、それまでに提供いただいた検体および情報のうち、希望されるすべての検体および情報を廃棄し、研究には使用いたしません。

協力を中止される場合は、お申し出いただいた方に関して、それ以降の研究への参加を中止しますが、それまでに提供いただいた検体や情報などは、個人情報削除して引き続き使用させていただきます。

ただし、既にこの研究の結果についての報告や公表がなされた後は、同意の取り消しを申し出られても、すべての情報の削除はできませんのでご了承ください。

また、参加に同意された場合でも、何らかの理由（転院・主治医の判断など）により、書面による申し出がなくても、協力の中止となる場合があります。

#### 11. 個人情報の保護について

参加いただいた皆さんの個人情報を守るために、提供いただいた血液などの検体には研究IDという新しい符号をつけ、お名前、ご住所、生年月日などを含まない状態にして管理いたします。それによって、保存や分析を行う際、その検体がどなたのものかわからないようにします（これを「匿名化」といいます）。この研究IDと個人名を照合するための表（これを「対応表」といいます）は、独立行政法人国立成育医療研究センター情報管理責任者が鍵のかかる保管庫で厳重に保管します。

また、この研究の中でご記入いただく問診票以外に、お母さん（妊婦さん）およびお子さんのカルテの中から医療情報を使用させていただくことがあります。この場合も個人情報外部に漏れないよう細心の注意を払って厳重に管理いたします。

#### 12. 研究成果の取り扱いについて

みなさんのご協力によって得られた成果は、学会や専門雑誌などで発表することがあります。その場合、参加された方の個人情報（お名前、ご住所など）が公表されることはございません。

#### 13. 研究期間

この研究（第Ⅰ期調査・第Ⅱ期調査）は倫理委員会承認後から2019年3月まで行う予定です。その後、改めて調査の継続をお願いすることがあります。

#### 14. 検体・情報の保存について

提供いただいた検体は匿名化し、フリーザーに施錠の上、保管いたします。お答えいただいた質問票は施錠の上保管し、収集された情報はすべて厳重に保管いたします。

#### 15. その他お願いしたいこと

- ・この研究では質問票や検査結果、ニュースレターなどをお送りいたします。転居された場合には必ず、下記の連絡先にご連絡ください。
- ・質問票にお答えいただいた内容で不明な点がある際にはお電話などで、確認させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

16. 問合せ先およびこの研究の責任者

この研究について何かわからないことや不安なことがありましたら、「成育母子コホート事務局」へいつでもお尋ねください。

成育母子コホート事務局

電話：03-5494-7120（内 7740）

Fax：03-5494-7909

メールアドレス：boshi-cohort@ncchd.go.jp

研究責任者：堀川 玲子（ほりかわ れいこ）

独立行政法人国立成育医療研究センター病院

内科系専門診療部 内分泌・代謝科

住所：〒157-8535 東京都世田谷区大蔵 2-10-1

## <用語の説明>

### ※1 胎盤機能不全

胎児と母体の間で胎児へ栄養や酸素を供給し、胎児から母体へ老廃物や炭酸ガスを排出する胎盤の動きが十分でない状態をいいます。胎児の発育が悪くなれば胎盤機能不全があるとされます。過期妊娠（妊娠 42 週以降）の場合、機能不全となることがあります。また、妊娠高血圧症候群や糖尿病合併妊娠などの場合も機能不全になることがあります。

### ※2 SGA

SGA は、英語の「Small - for - Gestational Age」の略で、お母さんのお腹の中にいる期間（在胎週数）に相当する標準身長・体重に比べて、小さく生まれることをいいます。身長と体重が 100 人中小さいほうから 10 番目以内に入ると、SGA です。そのうち約 90% は、2-3 歳までに成長が追いつきますが、追いつかない場合は、SGA 性低身長症が疑われます。

### ※3 コホート

特定の地域や集団に属する人々を対象に、長期間にわたってその人々の健康状態と生活習慣や環境の状態など様々な要因との関係を調査する研究をコホート研究といいます。今回の研究では国立成育医療研究センターで出産（出生）した、お母さん、お子さんの心身の健康と発達、親子の関係性などに影響を与える要因とそのメカニズムを明らかにするために、様々な側面（医学的、心理的、社会的）から長期間にわたり追跡調査する予定です。

### ※4 生殖補助医療（ART）

不妊治療において、タイミング法から薬剤治療、人工授精までが一般不妊治療と呼ばれるのに対し、その後の体外受精・顕微授精などは ART（生殖補助医療）と呼ばれます。

### ※5 DNA メチル化検査

DNA メチル化検査は、「DNA」という言葉が含まれていますが、遺伝子を構成する DNA 配列の変異を調べる検査ではありません。遺伝子が動きやすい状態にあるか否か、を調べる検査です。一般に、過剰なメチル化が存在すると、その周辺の動きは抑えられます。この研究では、DNA メチル化状態にはどの程度個体差があるか、標準値はどのくらいか、さらには疾患と関連して DNA メチル化状態が高くなったり低くなったりすることがあるか、ということ調べます。

## ※6 遺伝子解析

遺伝子とは、私たちの体をつくるタンパク質の設計図です。この設計図（遺伝子）の情報は両親から子に遺伝します。この設計図は個人個人の間で全く同一ではなく、ところどころにわずかな違いがあることが明らかになっています。このわずかな差の総和で個人のさまざまな体質が決まると考えられています。アレルギーや高血圧、がんなどの病気の「かかりやすさ」にはこの体質（遺伝因子）と環境因子（生活習慣、食事、感染など）の両方が関与しています。

今回の研究では、どのような遺伝子のわずかな違いがお子さまのいろいろな病気の「かかりやすさ」や「かかりにくさ」に関連しているかを検討するために、臍帯血の一部から遺伝子を取り出して検査します。この検査は個人情報（名前、生年月日、住所など）が一切漏れる事の無いように処理した上で、外部の専門検査機関に依頼して行います。

## 成育母子コホート調査

### 質問票ご記入のお願い（生後1ヶ月：お子さん用）

この質問票は、お子さんの現在の健康状態及び発達とそれに関連する事項についておたずねするものです。

日ごろお子さんと接されているお母さん（もしくは養育者の方）にご記入いただけますようお願いいたします。質問票は返信用封筒にてご返却ください。

#### 記入上のご注意

1. 質問票の説明にしたがってご回答をご記入ください。
2. ご回答に要する時間は20分くらいですが、制限時間などはまったくありません。ご自分のペースでお進めください。
3. 記入の終わった質問票は、返信用封筒に入れ封をした上で、郵便ポストに投函するか、外来に設置してあるポストにお入れください。

※この調査についてのお問い合わせ先

成育母子コホート事務局

電話 03-5494-7120（内 7740）

FAX 03-5494-7909

Eメール boshi-cohort@ncchd.go.jp

成育母子コホート調査のためにお時間をお割きいただきますことに心より御礼申し上げます。

ID:

記入日 平成 年 月 日

記入年月日		平成	年	月	日
お子さん	フリガナ				
	お名前	(姓)			(名)
	性別	男 ・ 女 (○で囲む)			
	生年月日	平成	年	月	日
記入者	ご署名				
	お子さんとの関係				
お子さんの住所 お母さんと住所が異なる場合のみ記載してください。		(都道府県)	(市区町村)		
		(番地等)	(アパートマンション名及び部屋番号)		

このシートは個人情報保護のため、以降の質問票とは切り離し、別に管理させていただきます。

以下は事務局が記載しますので、空欄のままをお願いいたします。

――  
 <<事務局記載欄>>

確認日	平成	年	月	日	確認者	.	.
-----	----	---	---	---	-----	---	---

ID:

お子さんの健康状態等についてご回答ください。

## I 現在の身長・体重

測定年月日	身長	体重	頭囲	胸囲
年 月 日	cm	g	cm	cm

## II 予防接種

ワクチン名	実施年月
BCG ワクチン	年 月
その他 ( )	年 月

## III 生活

1	現在、お子さんの <u>主たる養育者</u> はどなたですか？ 以下から1人選んで番号に○を付けてください。「5 その他」の場合は具体的に記載してください。				
	1 母親	2 父親	3 祖父	4 祖母	5 その他 ( )
2	この一ヶ月間に、育児のサポートを受けていますか？該当する番号全てに○を付けてください。「8 その他」の場合は具体的に記載してください。				
	1 父の産休（育休）	2 保育園	3 保育ママ	4 ベビーシッター	
	5 産後ケアセンター	6 里帰り	7 乳児院	8 その他 ( )	
3	お子さんの一週間の外気浴（外の空気にふれる時間）・日光浴（日の光を浴びる時間）はどのくらいですか？ 該当する番号に○を付けてください。				
	外気浴	1 30分未満	1. 30分以上2時間未満	2. 2時間以上	
	日光浴	1 30分未満	2 30分以上2時間未満	3 2時間以上	



お子さんの発達に関する質問についてご回答ください。

《記入上の注意》

これから、お子さんの発達について質問します。よく読んで○印か×印のどちらかをマルで囲んでください。

【○印】

- 1) 明らかにできるもの
- 2) 過去においてできたもの
- 3) やったことはないが、やらせればできるもの

【×印】

- 1) 明らかにできないもの
- 2) できたりできなかったりするもの
- 3) やったことがないのでわからないもの

以下の項目の中にはすでにできる項目も含まれていますし、また明らかにできない項目も含まれています（1ヶ月から11ヶ月までのお子さんが対象です）。ですから、これだけでできなければならないという基準は全くありません。いつもお子さんと接していることを思い出してありのままに記入してください。制限時間はありませんが、だいたい15分ぐらいでできると思います。

※この項目はKIDS（Kinder Infant Development Scale: 乳幼児発達スケール 財団法人発達科学研究教育センター発行）から転載しています。また、この内容を許可なく転載することは禁止されています。

①運動

項目番号1から順番に回答してください。「×」が5つ続いたら回答をやめ、次の『②操作』にお進みください。

質問		回答	
1	顔の向きを自分で変えることができる。	○	×
2	足を突っ張ることができる。	○	×
3	だっこすると首が前にたおれる。	○	×
4	足の裏を強くこすると足の指が開く。	○	×
5	動く物を見るとその動きにあわせて顔を動かす。	○	×
6	うつぶせの姿勢で頭を上げることができる。	○	×
7	寝ていても両足をピンと伸ばす。	○	×
8	首がすわっている。	○	×
9	うつぶせにした時、両腕で胸や頭を持ち上げることができる。	○	×
10	支えてあげると座ってられる。	○	×
11	だっこすると足をバタバタ動かす。	○	×
12	脇を支えてあげると立ってられる。	○	×
13	寝返りができる。	○	×

ID:

14	自分で座ってられる。	○	×
15	手だけでハイハイができる。	○	×
16	両手でつかまり立ちができる。	○	×
17	お尻を上げたハイハイができる。	○	×
18	片手でつかまり立ちができる。	○	×
19	つかまり歩きができる。	○	×
20	少しの間一人で立ってられる。	○	×
21	前かがみができる。	○	×
22	脇を支えてあげると自分で歩く。	○	×
23	一人で数秒間立ってられる。	○	×
24	椅子によじ登る。	○	×
25	片手をつないであげると歩ける。	○	×
26	2～3歩一人で歩ける。	○	×

## ②操作

項目番号1から順番に回答してください。「×」が5つ続いたら回答をやめ、次の『③理解言語』にお進みください。

質問		回答	
1	音がすると動きが止まる。	○	×
2	いろいろな表情をする。	○	×
3	音のする方に顔を向ける。	○	×
4	手を開いたり閉じたりする。	○	×
5	だっこされて歩くと、まわりをきょろきょろ見回す。	○	×
6	手に触れたものを握っている。	○	×
7	手に握らせた物を持ち上げようとするときしっかり握って離さない。	○	×
8	授乳時に母親の服などを引っばる。	○	×
9	両手を触れ合わせたり、からめたりする。	○	×
10	ガラガラなどを握らせると振り回す。	○	×
11	顔の上にかかった布などを手でどかす。	○	×
12	ガラガラなどをさし出すと手を出して掴む。	○	×
13	紙を引っばってやぶる。(読んでいる新聞など)	○	×
14	ボタンなど小さな物に注意を向ける。	○	×
15	両手に持った物を打ち合わせる。	○	×
16	物を何度も落として喜ぶ。	○	×
17	小さな物をつまみ上げる。	○	×
18	落ちている小さな物をひろう。	○	×
19	棒やおもちゃのハンマーなどで何かをたたく。	○	×

質問		回答	
20	引き出しの中に興味を持つ。	○	×
21	箱のふたなどを開けようとする。	○	×
22	テレビのスイッチなどを入れたり切ったりする。	○	×
23	ボールを与えると、投げ返す。	○	×
24	自動車などを手で走らせて遊ぶ。	○	×
25	鉛筆でめちやくちゃ書きをする。	○	×
26	積み木を2つ積み重ねる。	○	×

## ③理解言語

項目番号1から順番に回答してください。「×」が5つ続いたら回答をやめ、次の『④表出言語』にお進みください。

質問		回答	
1	大きな音に反応する。	○	×
2	人の声に注意する。(動きが一時止まる)	○	×
3	人の声のする方に首を回す。(目が動く)	○	×
4	母親の声を聞き分ける。(泣き声が静まるなど)	○	×
5	歌うとじっと聞き入り、母親の目や口を見つめる。	○	×
6	子どもの出した声を親がまねると喜ぶ。	○	×
7	〇〇ちゃんと名前を呼ぶと、こちらを見る。	○	×
8	お気に入りの音楽がかかると泣きやんだり体を動かしたりする。	○	×
9	親の話し方で、感情を聞き分ける。(禁止など)	○	×
10	聞き慣れない音や声をこわがる。	○	×
11	『ちょうだい』と言うと手に持っている物をくれる。	○	×
12	『ブーブはどこ?』とたずねると、そちらを見る。	○	×
13	そこにはない物の名前を言われるとキョロキョロと見回す。	○	×

## ④表出言語

項目番号1から順番に回答してください。「×」が5つ続いたら回答をやめ、次の『⑤対成人社会性』にお進みください。

質問		回答	
1	元気な声で泣く。	○	×
2	いろいろな泣き声を出す。	○	×
3	ア、エ、オ、ウのような発声をする。	○	×
4	声を出して笑う。	○	×
5	不快な感情を声であらわす。(鼻をならすなど)	○	×
6	親の声が聞こえるとそれにつられて声を出す。	○	×
7	要求がある時、声を出して親の注意を引く。	○	×

質問		回答	
8	おもちゃを手にして『オーオー』などと声を出しながら遊ぶ。	○	×
9	ママ・ママ、タタ・タタなどをくり返す。	○	×
10	何かをしながら一人でムニャムニャおしゃべりする。	○	×
11	マンマなどと言って食べ物のさいそくをする。	○	×
12	音をまねてそのまま言う。(バーバー、バイバイなど)	○	×
13	2語以上のことばを使いわけると。	○	×

## ⑤対成人社会性

項目番号1から順番に回答してください。「×」が5つ続いたら回答をやめ、次の『⑥食事』に進みください。

質問		回答	
1	泣いている時、抱き上げると泣きやむ。	○	×
2	気持ちの良い時はスヤスヤ眠る。	○	×
3	人の顔をじっと見つめる。	○	×
4	気分の良い時はニコニコしている。	○	×
5	人の声がする方向へ向く。	○	×
6	あやされても気に入らないとぐずる。	○	×
7	母親の顔を見ると安心する。	○	×
8	あやされると声を出して笑う。	○	×
9	回りに人がいないとぐずる。	○	×
10	人を見ると笑いかける。	○	×
11	イナイイナイバーをすると喜ぶ。	○	×
12	眠たくないのに寝かしつけられるとぐずる。	○	×
13	何かを与えようとする喜びをあらわす。	○	×
14	親しみの顔と、怒りの顔がわかる。	○	×
15	おもちゃを取りあげられると不快をあらわす。	○	×
16	人見知りをする。	○	×
17	好きな人に積極的にだっこされようとする。	○	×
18	人の顔を見て笑いかけたり、話しかけたりする。	○	×
19	親がいなくなろうとすると親の後追いをする。	○	×
20	母親にまわりつく。	○	×
21	『ダメッ』と言うとビクッとして親の顔を見る。	○	×
22	拍手などの身振りをまねする。	○	×
23	親の話しかけに答えようとする。	○	×
24	ほめられると同じことをくり返す。	○	×

ID:

質問		回答	
25	『いい子、いい子』するとまねる。	○	×
26	鏡に映った親の顔を見てパパ・ママとおしえる。	○	×

## ⑥食事

項目番号1から順番に回答してください。「×」が5つ続いたら回答を終了してください。

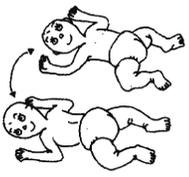
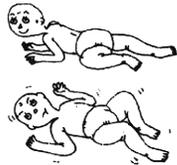
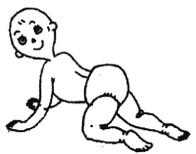
質問		回答	
1	空腹時に抱くと、口を動かして乳を欲しがる。	○	×
2	よだれかけなど何でも吸う。	○	×
3	おなかがいっぱいになると、顔をそむける。	○	×
4	授乳時、乳房 <sup>ちち</sup> やミルクびんに手を触れている。	○	×
5	ミルクびんや食べ物を見るところにしようとする。	○	×
6	スプーンを口元に持って行くと、唇 <sup>くちびる</sup> を突き出して飲もうとする。	○	×
7	親が食べているのを見ると欲しがる。	○	×
8	テーブルの上をかきまわす。	○	×
9	ビスケットなどを手に持って食べる。	○	×
10	あおむけでミルクびんを自分で持って飲む。	○	×
11	コップなどを両手で掴 <sup>つか</sup> んで口に持っていく。	○	×
12	『マンマ』などと言って空腹を知らせる。	○	×
13	スプーンを使い自分で食べようとする。	○	×

お子さんの健康や発達に関して、気になる点や疑問な点などがありましたらご記入ください。



次のページに続きます。

【基本動作】以下の表の各項目について、それぞれ当てはまるものを1つずつお選びください。

グレード	0	1	2	3
1 首のすわり	<p>0. 首が全くすわっていない</p> 	<p>1. 両肩を45度引き起こしても首がついてくる</p> 	<p>2. 両肩を90度引き起こしても首がついてくるが10秒保持できない</p> 	<p>3. 両肩を90度引き起こしても首が10秒すわっている</p> 
2 お座り	<p>0. 全くお座りできない</p> 	<p>1. 骨盤を支えればお座りできる</p> 	<p>2. 手をついて10秒間お座りできる</p> 	<p>3. 手放しで10秒間お座りできる</p> 
3 主な平面移動	<p>0. 全く平面移動できない</p> 	<p>1. 寝返りができる</p> 	<p>2. ズリバイ・背バイができる</p> 	<p>3. ハイハイができる</p> 
4 立つ	<p>0. 全く立てない</p> 	<p>1. 体幹を支えて10秒立てる</p> 	<p>2. 何かにつかまって10秒間立てる</p> 	<p>3. 手放しで10秒立てる</p> 
5 歩く	<p>0. 全く歩けない</p> 	<p>1. 体幹を支えて5歩歩ける</p> 	<p>2. つかまり or 手つなぎで5歩歩ける</p> 	<p>3. 手放しで5歩歩ける</p> 

ID: \_\_\_\_\_

お子さんの10日間の睡眠リズムをお伺いいたします。

この質問紙を返送（または持参）するまでの1か月の間で、任意の連続した10日間についてお子さんが眠っている時間をぬりつぶしてください。

（※記載する期間は自由にお決めください。ただし、必ず連続する10日間をご記入ください。）

日付	時刻																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
記入例3/24	■										■						■					■			
/																									
/																									
/																									
/																									
/																									
/																									
/																									
/																									
/																									
/																									

## 成育母子コホート調査

### 質問票ご記入のお願い（生後3ヶ月：お子さん用）

この質問票は、お子さんの現在の健康状態及び発達とそれに関連する事項についておたずねするものです。

日ごろお子さんと接されているお母さん（もしくは養育者の方）にご記入いただけますようお願いいたします。質問票は返信用封筒にてご返却ください。



#### 記入上のご注意

1. 質問票の説明にしたがってご回答をご記入ください。
2. ご回答に要する時間は20分くらいですが、制限時間などはまったくありません。ご自分のペースでお進めください。
3. 記入の終わった質問票は、返信用封筒に入れ封をした上で、郵便ポストに投函するか、外来に設置してあるポストにお入れください。

※この調査についてのお問い合わせ先

成育母子コホート事務局

電話 03-5494-7120（内7740）

FAX 03-5494-7909

Eメール [boshi-cohort@ncchd.go.jp](mailto:boshi-cohort@ncchd.go.jp)

成育母子コホート調査のためにお時間をお割きいただきますことに心より御礼申し上げます。

ID:

記入日 平成 年 月 日

記入年月日		平成	年	月	日
お子さん	フリガナ				
	お名前	(姓)		(名)	
	性別	男 ・ 女 (○で囲む)			
	生年月日	平成	年	月	日
記入者	ご署名				
	お子さんとの関係				
お子さんの住所 過去2ヶ月間で変更された 場合のみ記載してください		(都道府県)		(市区町村)	
		(番地等)		(アパートマンション名及び部屋番号)	

このシートは個人情報保護のため、以降の質問票とは切り離し、別に管理させていただきます。

以下は事務局が記載しますので、空欄のままをお願いいたします。

＜事務局記載欄＞

確認日	平成	年	月	日	確認者		
-----	----	---	---	---	-----	--	--

お子さんの健康状態についてご回答ください。

### I 現在の身長・体重

測定年月日	身長	体重	頭囲	胸囲
年 月 日	cm	g	cm	cm

### II 予防接種

ワクチン名	実施年月	罹患の有無
BCG ワクチン	年 月	有・無
ポリオ	年 月	有・無
b型インフルエンザ菌 (Hib) ワクチン	年 月	有・無
その他 ( )	年 月	有・無

### III 生活

1	現在、お子さんの主たる養育者はどなたですか？ 以下から1人選んで番号に○を付けてください。「5 その他」の場合は具体的に記載してください。				
	1 母親	2 父親	3 祖父	4 祖母	5 その他 ( )
2	現在、以下の育児のサポートを受けていますか？該当する番号全てに○を付けてください。「8 その他」の場合は具体的に記載してください。				
	1 父の育児	2 保育園	3 保育ママ	4 ベビーシッター	
	5 産後ケアセンター	6 里帰り	7 乳児院	8 その他 ( )	
3	お子さんの一週間の外気浴（外の空気にふれる時間）・日光浴（日の光を浴びる時間）はどのくらいですか？ 該当する番号に○を付けてください。				
	外気浴	1 30分未満	2 30分以上2時間未満	3 2時間以上	
	日光浴	1 30分未満	2 30分以上2時間未満	3 2時間以上	

## IV 発育・栄養

1	首はすわりましたか？	はい (カ月頃)	いいえ
2	過去2ヶ月間で小児科等の医療機関を受診しましたか？	はい (回)	いいえ

「はい」と回答された場合は以下の質問にご回答ください。

(1)	受診の理由は何ですか？該当する番号全てに○を付けてください。「12 その他」の場合は具体的に記載してください。				
	1 発熱	2 おう吐	3 夜泣き	4 けいれん	5 下痢
	6 体重増加不良	7 湿疹	8 けが	9 咳・ぜいぜい	10 黄疸
	11 母乳/ミルクの飲みが悪い		12 その他 ( )		
(2)	病気を診断されましたか？	はい (診断名 )			いいえ
(3)	薬を処方されましたか？	はい (薬剤名 )			いいえ
3	お子さんの栄養方法は次のどれですか？ 該当する番号全てに○を付けてください。				
	1 母乳	2 人工乳	3 混合栄養	4 特殊ミルク (商品名 )	5 経管栄養
4	夜中に母乳/ミルクで起きる回数は何回ですか？ 該当する番号に○を付けてください。				
	1 0回	2 1回	3 2回	4 3回	5 4回以上