

2歳8か月児健康診査質問票

発熱等の体調不良がある場合は
事前にご相談ください。

お子さんのお名前		生年月日	年	月	日生	月齢	歳	か月
----------	--	------	---	---	----	----	---	----

生活の様子	1 主な保育者は誰ですか。	昼	母・父・祖父母・その他 ()		
		夜	母・父・祖父母・その他 ()		
	2 働いているお母さん・お父さんの出かけている時間を記入してください。 母: 時 分 ~ 時 分 父: 時 分 ~ 時 分				
	3 生活リズムは整っていますか。(はい・いいえ) 起床時間 時 分 就寝時間 時 分				

4 生活リズムを記入してください。
*睡眠時間に **////**、食事の時間に **(食)**、おやつ時間に **(お)**、入浴時間に **☆**を入れてください。

0 6 12 18 24

保育園等に通っている場合は園名を記入してください。(園名)

食事と栄養	1 お子さんが1日に食べた食べ物の献立と量を記入してください。 例) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>ご飯</td><td>茶碗1杯</td></tr></table>	ご飯	茶碗1杯														
	ご飯	茶碗1杯															
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>朝</td> <td>昼</td> <td>夕</td> <td>よぐたへるおやつ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	朝	昼	夕	よぐたへるおやつ												
	朝	昼	夕	よぐたへるおやつ													
2 母乳、ミルクを飲んでいますか。(いいえ・はい) 内容 () 回数 (回)																	
3 哺乳びんを使用しますか。(無・有) ・「有」の場合、何を飲んでいますか。()																	
4 おやつ時間は決まっていますか。 だいたい決まっている (回/日) ・ 決まっていない (回/日) ・ 食べていない																	
5 夕食後おやつを食べていますか。(いいえ・はい) 何を食べますか。()																	

6 飲み物 牛乳 cc/日 ・ ジュース cc/日 (内容)
スポーツ飲料 cc/日 ・ 乳酸菌飲料 cc/日
お茶・水 cc/日 ・ その他 (cc/日)

7 ひとりで食事 (ほぼできる・できない)、食事は (はし・スプーン・その他:) 使用

歯科	1 歯磨き 回数 回/日 (朝食後・昼食後・夕食後・寝る前・その他:)
	2 お母さん・お父さんは、お子さんの歯を磨いていますか。 (毎日磨いている・時々磨いている・磨いていない)
	3 生えていた歯がグラグラしたり、抜けたことはありますか。(いいえ・はい)
	4 健診時のフッ化物塗布を希望されますか。(する・しない) ※フッ化物塗布について、P31・32をご参照いただき、希望するかどうか判断してください。

排泄	1 排便回数 回/日
	2 便の出る時間はだいたい決まっていますか。(だいたい決まっている・決まっていない)
	3 おむつの使用 (使っている・使っていない)
	4 おしっこが出る前に知らせることができますか。(はい・いいえ)

病気やけが	1 いままでにかかった大きな病気やけが (無・有 病名)
	2 ひきつけを起こしたことがありますか。(無・有 いつ 発熱 有・無 回数 回)
	3 現在の病気 (無・有) ①病名 () ②いつから () ③通院頻度 (回/) ④医療機関名 ()

次の質問のあてはまる方に○をつけてください。

1 目に関して心配なことがありますか。	いいえ・はい
①瞳が白色や黄緑色、だいたい色などに光ってみえますか。	いいえ・はい
②目つきや目の動きはおかしいですか。	いいえ・はい
③物を見る時に目を近づけて見ますか。	いいえ・はい
④物を見ると首を傾げますか。	いいえ・はい
⑤極端にまぶしがったり、片目を閉じたりしますか。	いいえ・はい

2 耳に関して心配なことはありますか。 ①パ行、バ行がいえませうか。(パン、ボウシ、オバアチャンなど) ②名前を呼んでも振り向かないことがたびたびありますか。 ③大人がやかましいと感じる音でも平気であることがありますか。	いいえ・はい はい・いいえ いいえ・はい いいえ・はい
3 走ることができますか。 4 最近ころびやすいですか。 5 階段を1人で昇り降りできますか。 6 両足をそろえてピョンピョンとぶことができますか。 7 言葉の数は増えていますか。 8 2～3つの単語が続けて話せますか。 (「ママおちやちょうだい」「ブーブーいった」「マンマチョウダイ」「パパカイシャ」など 「はい」の場合 具体的に書いてください。()	はい・いいえ いいえ・はい はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ
9 「ナニ」または「コレナニ」の質問をよくしますか。 10 簡単な質問(「パパどこへいったの」など)に答えることができますか。 11 人形を抱いて遊んだり、車を「ブーブー」と言って動かしますか。 12 大きい小さいということがわかりますか。 13 心配なクセやこだわりはありますか。 「はい」の場合 どんなことですか。()	はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ いいえ・はい
14 何でも自分でしたがりませうか。 15 簡単な服を自分で脱ごうとしますか。 16 ボタンをはめたがりませうか。 17 友達のところへ行きたがりませうか。(子どもたちの中へ入りたがりませうか。) 18 遊び場はありますか。 「はい」の場合 具体的に書いてください。() 19 普段どんなことをして遊んでいますか。具体的に書いてください。 ()	はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ
20 お母さん・お父さん自身のことについてうかがいます。 ①日頃の育児は楽しくやっていますか。 はい・いいえ・どちらともいえない ②自分の子どもは育てにくいと思うことがよくありますか。 いいえ・はい・どちらともいえない ③しつけのためにお子さんをたたくことがありますか。 いいえ・はい・どちらともいえない ④感情的にどなったり、お子さんが傷つくことを言うことがありますか。 いいえ・はい・どちらともいえない ⑤お父さん(お母さん)は育児に協力的ですか。 はい・いいえ・どちらともいえない お父さん(お母さん)の他に育児の協力者がいますか。 はい(誰:)・いいえ ⑥子育てについて相談する人はいますか。 はい・いいえ 「はい」の場合、それは誰ですか。(複数回答可) (夫(パートナー)・祖父母・友人・専門職・その他:) ⑦お母さん・お父さん自身のことでは何かありましたらお書きください。(健康面での不安・心に悩みを持っている・家事や仕事が忙しい・経済的な心配・パートナーとの関係・祖父母との関係・介護など) []	
21 気になることや心配なことはありますか。 「はい」の場合 それは何ですか。具体的に記入してください。	いいえ・はい

*この質問票は母子保健カードに添付します。

*記入しにくいところは問診時にお聞きしますので空白のまま提出してください。