

3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	<p>1 主な保育者は誰ですか。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px;">昼</td> <td>母・父・祖父母・その他 ()</td> </tr> <tr> <td>夜</td> <td>母・父・祖父母・その他 ()</td> </tr> </table> <p>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</p> <p>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</p> <p>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)、おやつの時間に(お)、入浴時間に☆を入れてください。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">12</td> <td style="width: 20px;">18</td> <td style="width: 20px;">24</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> 保育園・幼稚園等に通っている場合は園名を記入してください。(園名) </td> </tr> </table>	昼	母・父・祖父母・その他 ()	夜	母・父・祖父母・その他 ()	0	6	12	18	24	保育園・幼稚園等に通っている場合は園名を記入してください。(園名)				
昼	母・父・祖父母・その他 ()														
夜	母・父・祖父母・その他 ()														
0	6	12	18	24											
保育園・幼稚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	<p>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。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">朝</td> <td style="width: 25%;">昼</td> <td style="width: 25%;">夕</td> <td style="width: 25%;">よく食べるおやつ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">〔 〕</td> <td style="text-align: center;">〔 〕</td> <td style="text-align: center;">〔 〕</td> <td style="text-align: center;">〔 〕</td> </tr> </table> <p>2 母乳、ミルクを飲んでいますか。(いいえ・はい) 内容 () 回数 (回)</p> <p>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。()</p> <p>4 おやつの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</p> <p>5 夕食後おやつを食べていますか。(いいえ・はい) おやつの内容 ()</p> <p>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)</p> <p>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</p>	朝	昼	夕	よく食べるおやつ	〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕						
朝	昼	夕	よく食べるおやつ												
〔 〕	〔 〕	〔 〕	〔 〕												
歯科	<p>1 歯磨き 回数 回/日 (朝食後・昼食後・夕食後・寝る前・その他)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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、P32・33をご参照いただき、希望するかどうか判断してください。</p>														
排泄	<p>1 排便回数 回/日</p> <p>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)</p> <p>3 おむつの使用 (使っていない・使っている)</p>														
病気やけが	<p>1 いままでにかかった大きな病気やけが (無・有 病名)</p> <p>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)</p> <p>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 ()</p>														
<p>次の質問の当てはまる方に○をつけてください。</p> <p>1 目に関して心配なことがありますか。 いいえ・はい</p> <p>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</p> <p>②目つきや目の動きはおかしいですか。 いいえ・はい</p> <p>③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</p> <p>④物を見るとき首を傾けますか。 いいえ・はい</p> <p>⑤目を物に近づけてみますか。 いいえ・はい</p>															

2 耳に関して心配なことはありますか。	いいえ・はい
①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。	いいえ・はい
②テレビの音を大きくしますか。	いいえ・はい
③話をしているときに聞き返すことが多いですか。	いいえ・はい
④小さい音に反応しますか。	はい・いいえ
⑤「聞こえていないのではないか」と感じることはありますか。	いいえ・はい
3 砂利道などでもあまりころぶことなく自由に走り回れますか。	はい・いいえ
4 ケンケンができますか。	はい・いいえ
5 階段を一人で交互に足を出して上がれますか。	はい・いいえ
6 肩たたきは交互にできますか。	はい・いいえ
7 簡単な衣服の着脱が一人でできますか。	はい・いいえ
8 自分の性別と名前が言えますか。	はい・いいえ
9 自由に会話ができますか。	はい・いいえ
10 発音で気になることがありますか。	いいえ・はい
「はい」の場合 どんなことですか。 ()	
11 心配なクセやこだわりはありますか。	いいえ・はい
「はい」の場合 どんなことですか。 ()	
12 お友達とうまく遊べないことがありますか。	いいえ・はい
13 遊び場はありますか。	はい・いいえ
「はい」の場合 どこですか。 ()	
14 普段はどんなことをして遊んでいますか。具体的に記入してください。 ()	
15 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。 ()	
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) []	
16 気になることや心配なことはありますか。	いいえ・はい
「はい」の場合 それは何ですか。具体的に記入してください。	

*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。