発熱等の体調不良がある場合は
事前にご相談ください。

1歳8か月児健康診査質問票

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)、おやつの時間に(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）ご飯　茶碗１杯

朝		昼		夕		よくたべるおやつ	

2　離乳食の状況はどうですか。　（完了・未完了）

3　母乳、ミルクを飲んでいますか。　（いいえ・はい）　内容（　　）回数（　　回）
・哺乳びんの使用　（無・有）「有」の場合、何を飲んでいますか。（　　）

4　食べ物をうまくかんだり飲み込むことはできますか。
（ほとんどできる・かむことはできるが口の中に残ることが多い・かまずに飲み込む・その他）

5　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

6　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。（　　）

7　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）

8　コップで飲むことができますか。　（はい・いいえ）

9　スプーンやフォークで食事をとりますか。　（はい・いいえ）

10　じんましんや湿疹の出る食べ物はありますか。（無・有）食品名（　　）

歯科

1　歯みがき　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、P34・35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）

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、だいだ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極端にまぶしがったり、片目をとじたりしますか。　いいえ・はい
④目やにや涙は多いですか。　いいえ・はい

裏面につづく

ミシン

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大人がやかましいと感じる音でも平気でいますか。　いいえ・はい

3　戸外でもしっかり一人で歩けますか。　はい・いいえ
①一人歩きはいつからできましたか。　歳　　か月
②しっかり歩けるようになったのはいつ頃ですか。　歳　　か月
4　手を引いてやると階段は上がれますか。　はい・いいえ

5　「お花はどれ」「犬はどこ」と問いかけると指さしをしますか。　はい・いいえ
6　「〇〇を持ってきて」等の言葉に応じられますか。　はい・いいえ
7　身近な人（お母さんやお父さん等）に遊んでもらいたがりますか。　はい・いいえ

8　何か欲しいものがある時、指をさして教えますか。　はい・いいえ
9　言葉をいくつか話しますか。　はい・いいえ
①最初に言葉を話したのはいつ頃ですか。　歳　　か月
②現在、どんな言葉を話しますか。具体的に記入してください。
（　　）
10　相手になって遊んでやると喜びますか。　はい・いいえ
11　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。
（　　）
12　ボールを交互に投げたり、受け取ったりしますか。　はい・いいえ
13　他の子に関心がありますか。　はい・いいえ
14　お子さんに話しかけたとき目が合いますか。　はい・いいえ

15　なぐり書きをしますか。　はい・いいえ
16　何でも自分でやりたがりますか。　はい・いいえ
17　大人のすることの真似をしますか。　はい・いいえ
18　お母さんやお父さんの話しかけと関係なく勝手に動き回ることが多いですか。　いいえ・はい
19　お母さんやお父さんが「だめよ」と言うとだいたいやめられますか。　はい・いいえ
20　心配なこだわりやクセはありますか。　いいえ・はい
「はい」の場合　どんなことですか。　（　　）

21　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(ﾊﾟｰﾄﾅｰ)・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)
〔　　〕

22　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お聞きしますので空白のまま提出してください。