発熱等の体調不良がある場合は
事前にご相談ください。

2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

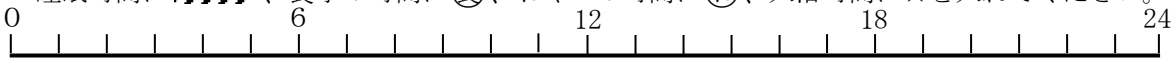
1　主な保育者は誰ですか。

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。



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　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

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、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）

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物を見るとき首を傾けますか。　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

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パ行、バ行がいえますか。（パン、ボウシ、オバアチャンなど）　は い ・いいえ
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。　いいえ・は　い
③大人がやかましいと感じる音でも平気でいることがありますか。　いいえ・は　い

3　走ることができますか。　は い ・いいえ
4　最近ころびやすいですか。　いいえ・は　い
5　階段を１人で昇り降りできますか。　は い ・いいえ
6　両足をそろえてピョンピョンとぶことができますか。　は い ・いいえ
7　言葉の数は増えていますか。　は い ・いいえ
8　２～３つの単語が続けて話せますか。　は い ・いいえ
（「ママおちゃちょうだい」「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。（　　）

9　「ナニ」または「コレナニ」の質問をよくしますか。　は い ・いいえ
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。　は い ・いいえ
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。　は い ・いいえ
12　大きい小さいということがわかりますか。　は い ・いいえ
13　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。　（　　）

14　何でも自分でしたがりますか。　は い ・いいえ
15　簡単な服を自分で脱ごうとしますか。　は い ・いいえ
16　ボタンをはめたがりますか。　は い ・いいえ
17　友達のところへ行きたがりますか。（子どもたちの中へ入りたがりますか。）　は い ・いいえ
18　遊び場はありますか。　は い ・いいえ
「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。
（　　）

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（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)
〔　　〕

21　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。