

3歳6か月児健康診査質問票（1/2枚目）※記入して健診時にご提出ください。

記載した日（ 年 月 日）

| | | |
|----------------|------|--|
| (ふりがな) 児の名称 | 生年月日 | |
| | 電話番号 | |

1. あなたのお子さんについて次の質問にご記入ください。

| | |
|---|---|
| ◆いままでにかかった病気はありますか （ なし ・ あり ） いつごろ（ ） 病名（ ） | |
| ◆ひきつけを起こしたことはありますか （ なし ・ あり … 回 ） いつごろ（ ） | |
| ◆現在かかっている病気はありますか （ なし ・ あり ） 病名（ ） いつから（ ） かかっている病院（ ） | |
| ◆目に関して心配なことはありますか （ いいえ・はい ） ・瞳が白く光って見える （ いいえ・はい ） ・目つきや目の動きがおかしい （ いいえ・はい ） ・物を見るとき近づいている （ いいえ・はい ） ・物を見るとき首を傾けて見る （ いいえ・はい ） ・極端にまぶしがったり、片目を閉じたりする （ いいえ・はい ） | ◆自由に会話ができる （ はい・いいえ ） ◆「自分がする」と主張したり、大人の言うことに「イヤ」と反発する時期がありましたか （ はい・いいえ ） ◆お友達は何人いますか （ 0人 ・ 1～2人 ・ 3～4人 ・ 5人以上 ） ◆遊び場がある （ はい・いいえ ） 具体的に書いてください。 （ ） ◆現在、保育園・幼稚園に通っている （ はい・いいえ ） 「はい」の場合、園名（ ） ◆お子さんは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。 〔 〕 |
| ◆耳に関して心配なことはありますか （ いいえ・はい ） ・テレビの音を大きくする （ いいえ・はい ） ・名前を呼んでも振り向かないことがたびたびある （ いいえ・はい ） ・話をしているときに聞き返すことが多い （ いいえ・はい ） ・小さな音に反応する （ はい・いいえ ） | ◆発音で気になることがある （ いいえ・はい ） 「はい」の場合、具体的に書いてください。 〔 〕 |
| ◆自分の名字と名前が言える （ はい・いいえ ） | ◆心配なくせがある （ いいえ・はい ） 「はい」の場合、具体的に書いてください。 （ ） |
| ◆砂利の上をあまりこぼることなく自由に走り回れる （ はい・いいえ ） | ◆肩たたきが交互にできる （ はい・いいえ ） |
| ◆ケンケンができる （ はい・いいえ ） | ◆簡単な衣服の着脱が1人でできる （ はい・いいえ ） |
| ◆階段を交互に足を出して上がれる （ はい・いいえ ） | |
| 歯科について ◆1日に何回歯を磨きますか （ 磨いていない ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回以上 ） ◆かかりつけ歯科医院に定期受診していますか （ はい ・ いいえ ） ◆フッ素入り歯磨き剤（1000ppmF）米粒1つくらい使って歯を磨いていますか （ はい ・ いいえ ） ◆仕上げ磨きはしていますか （ していない ・ 時々 ・ 毎日 ） ◆デンタルフロスを使っていますか （ はい ・ いいえ ） ◆乳酸菌飲料、スポーツ飲料、ジュースは酸性度や糖が高く歯を溶かしやすいため、水分はお茶や水が良いことを知っていますか （ はい ・ いいえ ） | |
| ◆おやつ時間は決めていますか （ はい 【回数 回】 ・ いいえ 【回数 回】 ・ 与えていない ） ◆よく与えるおやつの内容 スナック菓子 菓子パン ヨーグルト プリン チョコレート あめ グミ ラムネ ガム おにぎり 甘くないパン おせんべい 果物 小魚 その他（ ） ◆よく与える飲み物 お茶（ ）ml 牛乳（ ）ml 乳酸菌飲料（ ）ml スポーツ飲料水（ ）ml ジュース（ ）ml | |
| 食事・栄養について ◆食欲はありますか （ はい・いいえ ） ◆はしなどを使い、自分で食べますか （ はい・いいえ ） ◆偏食はありますか （ いいえ・はい ） →（嫌いな食べ物： ） ◆普段の食事において、主食・おかず・野菜のそろった食事をとっていますか （ ほとんど毎食そろっている ・ 1日1～2食そろっている ・ ほとんどそろっていない ） | |
| 排泄について ◆便や尿のことで心配なことはありますか （ いいえ ・ はい ） 便 回/ 日 便の様子 … （色や硬さなど ） 尿 回/日 昼間、おむつが外れていますか （ はい・いいえ ） | |
| ◆お子さんの成長で、うれしかったことや感動したことなどをご記入ください。 〔 〕 | |

裏面もご記入ください。

3 歳 6 か月児健康診査質問票（2/2 枚目）※記入して健診時にご提出ください。

◆お子さんのことで何か心配なこと・気になることがありますか（いいえ・はい）

「はい」の場合は、具体的に書いてください。

生活リズムについて ◆お子さんの昨日の 1 日の生活の様子を記入してください

主な保育者（母・父・祖父母・保育園・その他）
※1日の平均 外遊び時間（ ）時間
※1日の平均テレビ・ゲーム視聴時間（ ）時間

＜記入例＞

| 時間 | | 子の飲食内容 | 保育者 |
|------|---|---|------------------------|
| 午前 0 | 起床・着替え 朝ごはん 排便 遊び 間食 | 食パン（6枚切）1枚 バター ゆで卵1個 フロccoliー ミニトマト 牛乳 150ml | 子と同じ ＋ハム |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | プレーンヨーグルト 70g | 子と同じ ＋リンゴ ＋ヨーグルト |
| 6 | | うどん 2/3 玉 （豚肉・にんじん 玉ねぎ） ほうれん草のごま和え 牛乳 150ml みかん 1 個 | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 午後 0 | 昼ごはん お昼寝 間食 さんぽ 夜ごはん 入浴 歯みがき 就寝 | 白ごはん 1 杯 みそ汁 （とうふ・玉ねぎ） 鮭のホイル焼 （じゃがいも・ キャベツ・もやし スライスチーズ 1/2 枚） | 子と同じ |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |

| | | 生活内容 | 飲食した物の内容 | |
|------|------|-----------------|--|----------|
| | | 起床時間 （ ）：（ ） | 子どもと保育者の飲食したもの、料理名等を 具体的に生活時間に沿って記入してください | |
| | | 就寝時間 （ ）：（ ） | 子の飲食内容 | 保育者の飲食内容 |
| 午前 0 | 午前 0 | | | |
| 1 | 1 | | | |
| 2 | 2 | | | |
| 3 | 3 | | | |
| 4 | 4 | | | |
| 5 | 5 | | | |
| 6 | 6 | | | |
| 7 | 7 | | | |
| 8 | 8 | | | |
| 9 | 9 | | | |
| 10 | 10 | | | |
| 11 | 11 | | | |
| 午後 0 | 午後 0 | | | |
| 1 | 1 | | | |
| 2 | 2 | | | |
| 3 | 3 | | | |
| 4 | 4 | | | |
| 5 | 5 | | | |
| 6 | 6 | | | |
| 7 | 7 | | | |
| 8 | 8 | | | |
| 9 | 9 | | | |
| 10 | 10 | | | |
| 11 | 11 | | | |

2. 保護者の方について次の質問にご記入ください。

(1) 毎日の生活や育児の中で、感じることは何ですか？当てはまるもの全てに○をつけてください。
1. 毎日が楽しい 2. 負担は大きいが育児は楽しい 3. 負担も疲労も大きい 4. よくイライラしている
5. 子どもをかわいいと思えない 6. 手がかかり育てにくい 7. 気分が落ち込んだり泣いたりすることが多い
8. 自分の自由な時間がなくなり苦痛 9. その他（ ）

(2) 育児で悩んだり迷ったりすることはありますか？当てはまるもの全てに○をつけてください。
1. 悩みはない 2. 悩んでも解決できる 3. 自信が持てずよく悩む 4. 育て方が分からない
5. 上の子に手がかかる 6. お金がかかる 7. 家族と意見が合わない
8. その他（ ）

(3) 悩んだ時、困ったときに相談できる人や機関はありますか？当てはまるもの全てに○をつけてください。
1. パートナー 2. 義父母 3. 実父母 4. 友人 5. 病院 6. 市の保健師
7. その他（ ） 8. 誰もいない

(4) お子さんをどちらかといえばきびしく育てていると思いますか？ 1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

(5) しつけのためのお子さんをたたくことがありますか？ 1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

(6) 保護者の方自身について心配なことや困っていることはどんなことですか？ご自由に記載してください。
(健康的な不安、心の悩み、家事や育児が忙しい、経済的な不安、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護など)

(7) 職場や市の生活習慣病健診を受けていますか？
お父さん 1. 毎年受ける どこで（ ） 2. 時々受ける 3. 受けていない
お母さん 1. 毎年受ける どこで（ ） 2. 時々受ける 3. 受けていない

(8) 喫煙について当てはまるもの1つに○をつけてください。
お父さん 1. 毎日吸う（本／日） 2. 時々吸う 3. 吸わない
お母さん 1. 毎日吸う（本／日） 2. 時々吸う 3. 吸わない