

# 3歳8か月児健診質問票

お子さんのお名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 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。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">昼</td> <td style="width: 90%;">母・父・祖父母・その他 ( _____ )</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">夜</td> <td>母・父・祖父母・その他 ( _____ )</td> </tr> </table>	昼	母・父・祖父母・その他 ( _____ )	夜	母・父・祖父母・その他 ( _____ )			
	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の出かけている時間を記入してください。	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 、入浴時間に☆を入れてください。									
	0 _____ 6 _____ 12 _____ 18 _____ 24								
	保育園・幼稚園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。	朝 _____ 昼 _____ 夕 _____ 間食 _____							
	2 食欲はありますか。(はい・いいえ)								
	①好き嫌い(無・有) 嫌いなもの ( _____ )								
	②母乳、ミルクを飲んでいますか。(はい・いいえ)								
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おやつは食べていますか。はい _____ 回/日・いいえ _____									
・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・決まっていない)									
⑤飲み物 牛乳 _____ cc/日・ジュース _____ 杯/日・スポーツ飲料 _____ cc/日									
お茶 _____ 杯/日・乳酸菌飲料 _____ 本/日・その他 ( _____ )									
3 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 健診時のフッ素塗布を希望されますか。(する・しない) ※フッ素塗布について、P19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 (使っていない・使っている)								
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 ( _____ )									
次の質問の当てはまる方に○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瞳が白く見えますか。					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、片目を閉じたりしますか。					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目を物に近づけてみますか。					いいえ・はい				

裏面につづく

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
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毎日の生活や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お子さんと楽しく遊んだり、過ごしたりすることが苦手ですか。	いいえ・はい・どちらともいえない
	④お子さんが自分のいう事を聞かないとついどなったり、 たたきたくなることがよくありますか。 または、たたいてしつけることがありますか。	いいえ・はい・どちらともいえない
	⑤お子さんをかわいいと思えないことがよくありますか。	いいえ・はい・どちらともいえない
	⑥お父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
	⑦子育てについて相談する人はいますか。	はい・いいえ・どちらともいえない
	「はい」の場合 それは誰ですか。 ( )	
	⑧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。