

2歳6か月児健診 質問票

番

●最近の体調について、下記を確認のうえお越してください。

※現在、体調は良好である。

※乳幼児健診質問票表紙裏面の「安心・安全に乳幼児健診を受診していただくためのお願い」を確認しました。

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	年 月 日
住所	草津市
電話	自宅： 携帯： (母・父)

家族構成 年 月 日現在 (記入者)
※本人以外の同居家族全員を記入してください

続柄	氏名	生年月日	就労状況

<主な保育者に○をしてください>

昼：1. 母 2. 父 3. 祖父母 4. その他()
夜：1. 母 2. 父 3. 祖父母 4. その他()

<保育所(園)・こども園等に行っていますか>

1. いいえ 2. はい(名称)

→ 年 月から

園での様子(心配なこと、相談したいこと等あれば記入してください)

<生活リズムについて>

生活リズムは整っていると思いますか

日頃、機嫌はいいですか

外遊びを1日2時間以上していますか

テレビや動画、タブレット、スマートフォン等を1日2時間以上見えていますか

夜はよく眠りますか

生活リズムで心配なことがありますか

1. はい 2. いいえ
1. はい 2. いいえ
1. はい 2. いいえ
1. いいえ 2. はい
1. はい 2. いいえ

1. いいえ 2. はい(内容)

1日の平均的な生活リズム 睡眠(斜線)・食事・おやつ・入浴・園の登降園時間などを記入してください

0	3	6	9	12	15	18	21	24
起床時間								
就寝時間								

<遊びについて>

遊び場所はありますか

散歩など外に出る機会がありますか

友達とあそんでいますか

他の子に興味を示しますか

自分の好きなおもちゃで遊びますか

1. ある(どこで) 2. ない
1. ある 2. ない
1. はい 2. いいえ
1. はい 2. いいえ
1. はい 2. いいえ

<栄養について>

食欲はありますか
食事は何回ですか

1. はい 2. いいえ
1日 回 内容・量:
(時間: 決めている[時]・決めていない)
おやつ内容:

おやつは食べていますか

1. いいえ 2. はい

偏食はありますか
母乳またはミルクを飲みますか

1. いいえ 2. はい

1. いいえ 2. はい()

母乳 () 回/日
ミルク () 回 × () cc/日

よく飲む飲み物

牛乳	() 回 × () cc
お茶	() 回
ジュース	() 回 × () cc
その他	()

スプーンやはしで食べていますか

1. はい 2. いいえ

自分で食事を食べたがりますか

1. はい 2. いいえ

栄養について心配なことがありますか

1. いいえ 2. はい(内容)

<歯について>

1. 現在歯は何本はえていますか
2. おとなが仕上げ磨きをしていますか

1. はい 2. いいえ

上 本 / 下 本

1. 毎日する	<input type="checkbox"/> 起床時	<input type="checkbox"/> 朝食後	<input type="checkbox"/> 昼食後
2. 時々する	<input type="checkbox"/> 夕食後	<input type="checkbox"/> 就寝前	<input type="checkbox"/> 間食後
3. 全くしない			

3. 寝かせて磨いていますか
4. フッ化物配合歯磨剤を使っていますか
5. 指しゃぶりをしたり、おしゃぶりを使ったりしますか
6. 哺乳瓶を使っていますか
7. 甘いおやつをよく食べますか
8. 寝る前に母乳やミルク、甘い飲み物を飲みますか
9. 食べ物がいつまでも口の中に残ることがありますか
10. 痛みなく根ごと歯が抜けたことや、動いている歯はありますか
11. う歯があるとされたことがありますか
12. 今までに、歯科医院に通院をしたことはありますか

1. はい 2. いいえ
1. はい 2. いいえ
1. いいえ 2. はい(指・おしゃぶり)
1. いいえ 2. はい
1. いいえ 2. はい
1. いいえ 2. はい
1. いいえ 2. はい
1. いいえ 2. はい
1. いいえ 2. はい

1. いいえ

2. 通院終了 [治療済・治療中断]

3. はい (治療[通院]内容 :)

4. 定期的にフッ素塗布を受けている [いいえ・はい(直近の塗付日: 月 日)]

13. 歯について心配なことがありますか

1. いいえ 2. はい(内容)

<普段の様子について> …あてはまるものに○をし、できるようになった月齢も記入してください。

★印のところは、記入しないでください。

1. 走ったり、両足で跳んだりしますか	1. する	歳	か月	2. しない	
2. 階段を手すりをもたずに昇り降りできますか	1. する	歳	か月	2. しない	
3. 縦線や横線、ぐるぐる描きなど意味付けのある絵をかきますか	1. する	歳	か月	2. しない	★ () 個
4. 積み木などを高く重ねられますか(8個程)	1. する	歳	か月	2. しない	★ トラック (+・-)
5. 積み木を車などに見立てて動かすことがありますか	1. する	歳	か月	2. しない	
6. ごっこ遊びをしますか	1. する	歳	か月	2. しない	★ ()
7. 大きい、小さいということがわかりますか	1. する	歳	か月	2. しない	
8. 着替えなど、何でも自分でできますか	1. する	歳	か月	2. しない	
9. 自分の名前を入れて主張して話すことがありますか	1. する	歳	か月	2. しない	★ () 個
10. 絵本の中の絵の名前が言えますか	1. する	歳	か月	2. しない	
11. 2~3つの単語が続けて話せますか (例:マンマ チョウダイ、パパ カイシャ等)	1. する	歳	か月	2. しない	
12. 「コレナニ?」「ナニ?」等の質問をよくしますか	1. する	歳	か月	2. しない	
<最近のことばをありのまま記入してください>					

<尿や便について>

尿が出ることを知らせますか

1. 出る前 2. 出た後 3. 今はまだない

尿はどこでしますか

1. オマル 2. トイレ 3. オムツ

便は1日何回ですか

回/ 日

尿や便について心配なことがありますか

1. いいえ 2. はい (内容)

<目に関して>

目に関して気になることがありますか

1. いいえ 2. はい

「はい」と答えた方はどんなことですか

- 瞳が白色や黄緑色、橙色などに光って見えることがある
- 目つきや目の動きがおかしい 目を近づけて見る 首を傾けて見る
- 極端にまぶしがったり片目を閉じたりする
- (その他)

<耳に関して>

耳に関して気になることがありますか

1. いいえ 2. はい

「はい」と答えた方はどんなことですか

- 名前を呼んでも振り向かない事がたびたびある
- 大人がうるさいと感じる音でも平気である
- (その他)

<身体各部>

最近転びやすいことがありますか

1. いいえ 2. はい

<その他>

ひきつけたことがありますか

1. いいえ 2. はい (年 月 日)
(熱 1. 有 2. 無)

<今までにかかった病気、定期的に通院中の病気>

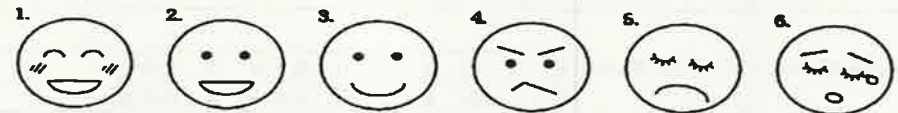
1. なし
2. あり (いつ 病名)

<その他心配なこと、相談したいことがあれば記入してください>

[]

<子育てや保護者の状況について>

1. 育児に対する今の気持ちに近いのはどれですか(1つ選んで○をしてください)



2. 育児の相談相手や協力者がいますか

1. はい 誰ですか ()
2. いいえ

3. 育てにくさを感じていますか

1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない

4. この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。

あてはまるものすべてに○をしてください

1. しつけのし過ぎがあった
2. 感情的にたたいた
3. 乳幼児だけを家に残して外出した
4. 長時間食事を与えなかった
5. 感情的な言葉で怒鳴った
6. こどもの口をふさいだ
7. こどもを激しく揺さぶった
8. 1~7のいずれも該当しない

5. 同居している人で喫煙者はいますか

1. いいえ 2. はい(父・母・その他)

6. お母さん、お父さんの最近の心身の調子はいかがですか

(良好・やや良好・どちらともいえない・ややよくない・よくない)

7. お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたら記入してください

例: 健康的な不安・心に悩みをもっている・家事や仕事が忙しい・経済的な不安・パートナーとの関係・祖父母との関係・介護 等

[]