

## 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 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

### <栄養について>

食欲はありますか  
食事は何回ですか  
おやつは食べていますか

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

偏食はありますか

1. いいえ	2. はい ( )
--------	-----------

母乳またはミルクを飲みますか

1. いいえ	→	母乳 ( ) 回/日
2. はい		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	( )

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

上	本	/	下	本
---	---	---	---	---

2. おとなが寝かせて仕上げ磨きをしていますか

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. 指しゃぶりをしたり、おしゃぶりを使ったりしますか

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

4. 哺乳瓶を使っていますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

5. 甘いおやつをよく食べますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

6. 寝る前に母乳やミルク、甘い飲み物を飲みますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

7. 食べ物がいつまでも口の中に残っていることがありますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

8. 痛みなく根ごと歯が抜けたことがありますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

9. 動いている歯はありますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

10. 今までに、歯科医院に通院をしたことはありますか

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) ]

11. 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 )
--------	------------

<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	

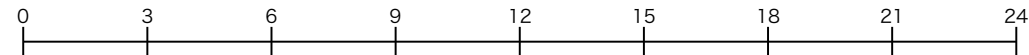
園での様子(心配なこと、相談したいこと等あれば記入してください)

<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  
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(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



<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はありますか  
友達とあそんでいますか  
他の子に興味を示しますか

1. ある	2. ない
1. ある	2. ない
1. はい	2. いいえ
1. はい	2. いいえ

<たばこについて>

同居している人で喫煙者はいますか

1. いいえ	2. はい [誰:父・母・その他( )]
--------	----------------------

<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. 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
3. 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
4. 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
5. ごっこ遊びをしますか	1. する	歳	か月	2. しない
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 「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

★ ( ) 個

★ トラック ( + ・ - )

★ ( )

★ ( ) 個

<最近のことばをありのまま記入してください>

<便について>

便は1日何回ですか  回 /  日  
 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  目やにや涙が多い  
 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. 1～5のいずれも該当しない

5. 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・祖母母との関係・介護 等

[ ]