

### 3歳6か月児健診 質問票①

番
---

●最近の体調について、下記を確認のうえお越しください。

※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

<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

1. はい 2. いいえ
--------------

日頃、機嫌はいいですか

1. はい 2. いいえ
--------------

夜はよく眠りますか

1. はい 2. いいえ
--------------

生活リズムで心配なことがありますか

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
---	---	---	---	----	----	----	----	----

<遊びについて>

遊び場所がありますか

1. ある 2. ない
-------------

散歩など外に出る機会がありますか

1. ある 2. ない
-------------

友達とあそんでいますか

1. はい 2. いいえ
--------------

同年齢のこどもと会話ができますか

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( )]
-----------------------------

#### <栄養について>

食欲はありますか

1. はい 2. いいえ
--------------

食事は何回ですか

1日 回
------

おやつは食べていますか

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( )
-----------------

よく飲む飲み物があれば書いてください

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

手伝わずにひとりで食事をしますか

1. ほぼしている 2. していない
--------------------

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. 母乳を飲んでますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

6. 甘いおやつをよく食べますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

7. 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
--------	-------

8. 食べ物がいつまでも口の中に残ることがありますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

9. 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
--------	-------

10. 動いている歯はありますか

1. いいえ	2. はい
--------	-------

11. 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) ]

12. 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. 階段を交互に足を出してひとりですり足りますか	1. する	歳	か月	2. しない
2. ケンケンで前進しますか	1. する	歳	か月	2. しない
3. 両手を交互にグーパーしますか	1. する	歳	か月	2. しない
4. 大小がわかり、丸をつかって顔などのお絵描きをしますか	1. する	歳	か月	2. しない
5. 十字をまねてかきますか	1. する	歳	か月	2. しない
6. 「3つちょうだい」と言うと3個渡してくれますか	1. する	歳	か月	2. しない
7. 自由に会話をしますか(例:今日○○して遊んだよ、この前○○して楽しかったね等)	1. する	歳	か月	2. しない
8. ひとりでトイレに行きますか(後始末は不完全でもよい)	1. する	歳	か月	2. しない
9. 簡単な衣服の着脱をひとりですみますか	1. する	歳	か月	2. しない

★想定質問( /3)

<行動について>

行動につい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

- よく動きまわる
- 同じ動作を繰り返す
- 周りに反応しない
- あきっぽい
- かわったものを食べる
- 爪かみ
- 性器いじり
- 夜尿
- 夜泣き
- 吃音(ことばにつまる)
- 寡黙
- 神経質
- 乱暴

<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 )

<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. お子さんをどちらかというと厳しく育てていると思いますか

1. いいえ 2. はい  
3. どちらでもない

4. お子さんを必要以上に厳しく叱ったり、叩いたりすることがありますか

1. いいえ 2. はい  
3. どちらでもない

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・祖父母との関係・介護 等

※質問票②③(両面)のご記入もお願いします  
※質問票④のご記入もお願いします

母子の健康水準を向上させるための様々な取り組みを推進する計画「健やか親子21(第2次)」において3歳6か月児健診を受診された保護者を対象に問診の質問項目が追加されました。これらの質問項目は、個人が特定されないようデータを集計し、国に報告されます。ご協力をお願いします。

## 3歳6か月児健診 質問票 ②

番
---

1. 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。

1. いいえ	2. はい (1日 本)
--------	--------------

2. 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。

1. いいえ	2. はい (1日 本)
--------	--------------

3. 保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------



1. こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている
2. こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている
3. こどもだけで磨いている
4. こどもも保護者も磨いてない

4. この地域で今後も子育てをしていきたいですか。

1. そう思う
2. どちらかといえばそう思う
3. どちらかといえばそう思わない
4. そう思わない

5. お子さんのお父さん(パートナー)は、育児をしていますか。

1. よくやっている
2. 時々やっている
3. ほとんどしない
4. 何ともいえない

6. お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。

1. そう思う
2. どちらかといえばそう思う
3. どちらかといえばそう思わない
4. そう思わない

7. あなたは、ゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。

1. はい	2. いいえ	3. 何ともいえない
-------	--------	------------

8. お子さんのかかりつけの医師はいますか。

1. はい	2. いいえ	3. 何ともいえない
-------	--------	------------

9. お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。

1. はい	2. いいえ	3. 何ともいえない
-------	--------	------------

10. あなたは、お子さんに対して、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
-----------	----------	---------



育てにくさを感じたときに、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

11. 地域の子育てサークルや子育て支援機関を知っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

12. 3歳から4歳頃までの多くのこどもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。

1. はい	2. いいえ
-------	--------

13. 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. 感情的に叩いた
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

8. 1～7のいずれも該当しない
------------------

※裏面質問票③「耳の聞こえについて」、別紙質問票④「目について」もご記入ください。

# 3歳6か月児健診 質問票 ③

番

自宅で検査をした日： 年 月 日

## お子さんの耳の聞こえについて

お子さんの名前（ふりがな \_\_\_\_\_）

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

< どちらかあてはまるほうに○をつけてください >

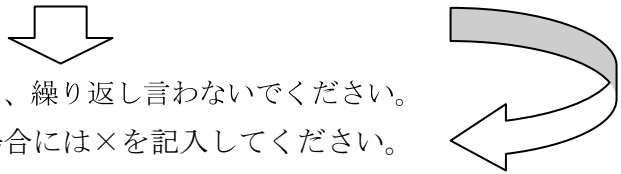
質 問 事 項	解 答 欄	
①家族や、親戚の方に、小さい時から耳の聞こえの悪い方がいますか	いいえ	はい
②中耳炎に何回か、かかったことがありますか	いいえ	はい
③ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のどがかれるなどの症状がありますか	いいえ	はい
④呼んでも返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思う時がありますか	いいえ	はい
⑤幼稚園や保育園の先生、祖父母・親類など、普段よくお子さんに接する人から聞こえが悪いと言われた事がありますか	いいえ	はい
⑥話し言葉について、遅れている、発音がおかしいなど、気になる事がありますか	いいえ	はい
⑦あなたの言う言葉の意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか	いいえ	はい
⑧その他耳の聞こえについて気になることはありますか	いいえ	はい

< ささやき声検査の結果 > \*家での検査の結果を記入してください。

**注意事項**

絵の名前を言うのは、1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないでください。

↓正しく絵を指せば○、聞き返したり間違えた場合には×を記入してください。



いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

※点線以下スタッフ記入欄

スタッフ記入欄 ☆記入しないでください。

精健（有・無）

## 3歳6か月児健診 質問票④

番

お子さんの目について 健診日： 年 月 日

ふりがな  
お子さんの名前：

生年月日 年 月 日 (3歳 か月)

&lt;どちらかあてはまるほうに○をつけてください&gt;

- ・瞳(ひとみ:黒目のところ)が白色や黄緑色、橙色などに光って見えますか (1. いいえ 2. はい )
- ・目つきや目の動きがおかしいですか (1. いいえ 2. はい )
- ・極端にまぶしがったり、片目を閉じたりしていますか (1. いいえ 2. はい )
- ・物を見るとき頭を傾けたり、横目で見たりしますか (1. いいえ 2. はい )
- ・物に目を近づけて見ますか (1. いいえ 2. はい )
- ・その他目に関して心配なことはありますか (1. いいえ 2. はい )  
「はい」と答えた方はどんなことですか  
(内容 )
- ・現在、眼科に通院していますか (1. いいえ 2. はい )  
「はい」と答えた方はどんな理由ですか

通院の理由と治療頻度

※スタッフ記入欄

## 屈折検査結果

1. 未実施 ・ 管理中

2. 済

実施

- ・ 異常なし
- ・ 異常あり (要精査)
- ・ 判定不可 (要精査)

実施不可

- ・ 実施不可 (要精査)

&lt;特記事項&gt;

 再チャレンジ

サイン ( )

## 視力検査結果 (通過視力: 0.5 0.6 0.7)

右 ( ) 左 ( )

方向差 (無・有 ) 方向差 (無・有 )

1. 未実施 ・ 管理中

2. 済

- ・ 異常なし
- ・ 異常あり (要精査)
- ・ 疑 (実施不可 → 要精査)

&lt;特記事項&gt;

 再チャレンジ

サイン ( )