

乳幼児健診質問票

(すこやか手帳)



この手帳は、草津市乳幼児健診（集団）時にお子さんの健康と健やかな成長をご家族と一緒に見守らせていただくための質問票の綴りです。

乳幼児健診の時期が近づいてきましたら、下記の「健診を受けられる皆さまへ」を必ずお読みいただきますようお願いします。

～健診を受けられる皆さまへ～

●受付時間は 完全予約制 です。

- 健診や予約方法などの詳細については、市ホームページの「乳幼児健診」からご確認ください。（裏面の2次元コードより「乳幼児健診」へアクセスできます。）
- 予約は健診日の28日（4週間）前から可能です。予約完了後はすぐにリマインダーメッセージが届きます。
- ネット環境がない方は、電話での予約もできます。

●健診についての注意事項

- 日程は、ホームページ「乳幼児健診」等でお知らせしますので確認をお願いします。
- 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、当日のお子さんの体調を十分ご確認ください。状況によっては、当日会場に来られても健診を受けられない場合があります。
- 悪天候や感染症の状況等から危険が予測される場合は、中止することがあります。**来所前に最新の情報をホームページからご確認ください。**
- あらかじめ質問票に必要事項をご記入のうえお越しく下さい（※最新の質問票については、市ホームページ「乳幼児健診」からご確認ください）。
- 所要時間は、受付後2時間程度かかりますので、ご了承ください。
- 該当の健診の時期を過ぎても連絡なく受診されていない場合は、電話や訪問等で、お子さんのご様子を確認させていただく場合がありますのでご了承ください。

●場所 さわやか保健センター 1階

●持ち物 親子（母子）健康手帳、バスタオル、健診質問票（すこやか手帳）

- * 時間がかかりますので、おむつやミルク等をご持参ください。
- * 10か月児健診以外で、歯磨きができず来所される場合は、歯ブラシとコップをご持参ください。
- * 3歳6か月児健診時は、ご自宅で採尿し持参されても構いません。汚れのない清潔な容器に、ペットボトルのキャップ2杯以上の尿を入れ、こぼれないようにご持参ください。

●健診内容

10か月児健診	問診、身体計測、内科診察、個別相談
1歳6か月児健診※	問診、身体計測、内科および歯科診察、フッ素塗布、個別相談
2歳6か月児健診※	問診、身体計測、歯科診察、フッ素塗布、個別相談
3歳6か月児健診※	問診、身体計測、内科および歯科診察、フッ素塗布、尿検査、視力検査（ランドルト環検査）、屈折検査、個別相談 <ul style="list-style-type: none"> ・尿検査：予め清潔な容器などに尿（当日分）をとって持参するか、健診会場で採尿する。 ・ささやき声検査：自宅で実施し、質問票に結果を記入しておく。 ・視力検査：「視力検査（ランドルト環検査）・屈折検査について」を確認する。屈折検査で精密健診が必要となった場合は、視力検査は実施していません。

※ 歯科診察がありますので、なるべく事前にブラッシングを済ませてお越してください。

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

- 対象日に体調不良のある方（発熱・咳・下痢・嘔吐・発疹・手足口病・胃腸炎などがみられる人）は、健診中にさらに不調となられる可能性や他の参加者への感染の可能性もありますので、症状が消失してからの受診をお願いいたします。

《乳幼児期に多い感染症》 ※ 最新の情報は、ホームページからご確認ください。

病名	症状	健診受診の目安
手足口病	手、足、口腔内の水疱、軽度の発熱	全身状態がよい、かつ発症から4週間以上を経過している。（一度感染すると2～4週間はウイルスが排出されるため）
ヘルパンギーナ	高熱、咽頭痛、咽頭の水疱	
RSウイルス感染症	発熱、咳、鼻水	症状が消失し、全身状態がよい。
ウイルス性胃腸炎	嘔吐、下痢、発熱	症状が消失後から3週間経過し、かつ全身状態がよい。
伝染性膿痂疹（とびひ）	水疱、膿疱、かゆみ	皮疹が乾燥しているか、湿潤部分が覆える程度※になっている。 ※湿潤部分がある場合は、ガーゼで覆い、接触しないようにしてください。
インフルエンザ	高熱、倦怠感、咽頭痛、鼻水、咳、頭痛、関節痛	発症したあと5日を経過し、かつ解熱したあと3日を経過している。
新型コロナウイルス感染症	発熱、咽頭痛、頭痛、咳、下痢、倦怠感	発熱したあと5日を経過し、かつ症状が軽快したあと1日を経過している。

乳幼児健診の問い合わせ・ご相談 子育て相談センター

〒525-8588 草津市草津三丁目13番30号
 (TEL) 561-2331
 (FAX) 561-2491
 Email : soudan-kosodate@city.kusatsu.lg.jp

市ホームページ
「乳幼児健診」はこちら



<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. 寝返って腹ばいになりますか	右方向へ	1. する	か月	2. しない
	左方向へ	1. する	か月	2. しない
2. 手をつかず安定しておすわりができますか		1. する	か月	2. しない
3. おすわりやうつぶせの姿勢変化ができますか		1. する	か月	2. しない
		1. する	か月	2. しない
4. つかまらせると立っていますか		1. する	か月	2. しない
		1. する	か月	2. しない
5. 自分でつかまっ立ちますか		1. する	か月	2. しない
6. おなかをつけずにはいはいをしますか		1. する	か月	2. しない
7. 伝い歩きをしますか		1. する	か月	2. しない
8. ひとりですきますか		1. する	か月	2. しない
		1. する	か月	2. しない
9. 引き出しや箱の中のものを取り出しますか		1. する	か月	2. しない
		1. する	か月	2. しない
10. 積み木をうちあわせしますか		1. する	か月	2. しない
11. 身ぶり等おとなのまねをしますか		1. する	か月	2. しない
12. 「ちようだい」と言うと手を持っているものを渡そうとするしぐさがみられますか		1. する	か月	2. しない
13. 小さい物を指先だけでつまみますか		1. する	か月	2. しない
14. 視線を合わせますか		1. する	か月	2. しない
15. 「ワンワンよ」や「ブーブーよ」と言って指さして教えると犬や車の方を見ますか		1. する	か月	2. しない
16. 最近どんな声を出していますか (例: マンマンマン、バツバツパーなど)				
17. 小さい子どもを見ると喜ぶますか		1. する	か月	2. しない
		1. する	か月	2. しない
18. 人見知りしますか		1. する	か月	2. しない
19. 家族等の身近な人の後追いをしますか		1. する	か月	2. しない
20. 小さな音に振り向きませんか (左右とも)		1. する	か月	2. しない

<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>

[]

[]

<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

<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

目やにや涙が多い 目つきや目の動きがおかしい (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

テレビの音や戸の開閉の音に興味を示さない

怒った声や楽しい声、歌や音楽などに反応しない

うしろから名前を呼んでも振り向かない (その他)

<出生後、新生児聴覚検査を受けられましたか>

1. はい	検査日	年	月	日
2. いいえ	結果	異常なし・要再検・その他		
3. わからない	要再検	右・左		

<ひきつけたことがありますか>

1. いいえ 2. はい (年 月 日) (熱: 有・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)

<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
- 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

1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下さい。
 ※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	4. その他()
夜	1. 母	2. 父	3. 祖父	4. その他()

<保育所(園)・子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. はい	2. いいえ
1. はい	2. いいえ
1. はい	2. いいえ

1日の平均的な生活リズム

睡眠(料紙)・食事・授乳・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
 家族等身近な人に遊んでももらいますか(ボールの投げ合いなど)
 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

おやつは食べていますか

1. いいえ 2. はい

(時間: 決めている[時]・決めていない)
 おやつ内容:

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

よく飲む飲み物

母乳 () 回/日
ミルク () 回 × () cc/日
牛乳 () 回 × () cc
お茶 () 回
ジュース () 回 × () cc
その他 ()

コップを使って飲んでいますか
 スプーンやフォークを使っていますか
 栄養について心配なことがありますか

1. はい 2. いいえ 3. 練習中

1. はい 2. いいえ 3. 練習中

1. はい 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

1. 毎日する } □ 起床時 □ 朝食後 □ 屋敷後
 2. 時々する } □ 夕食後 □ 就寝前 □ 間食後
 3. 全くしない

3. 褒めて磨いていますか
 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. 食べ物がいづつでも口の中に残ってい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. はい	2. いいえ
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい
1. はい	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)

親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3次)」において1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。

1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)	3. 該当なし
--------	--------------	---------
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. 該当なし
--------	--------------	---------
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いない		
4. 五種混合(ジブテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・Hib)の予防接種(第1期初回3回)を済ませましたか。

1. はい	2. いいえ	
-------	--------	--
5. 麻しん・風しん混合ワクチンの予防接種(第1期)を済ませましたか。

1. はい	2. いいえ	
-------	--------	--
6. 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		
7. 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	5. 該当なし	
8. お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力合って家事・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	5. 該当なし	
9. 浴室のドアには、こどもが一人で開けることができないような工夫がしていますか。

1. はい	2. いいえ	3. 該当しない
-------	--------	----------
10. 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
-------	--------	------------
11. 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	
-------	--------	--
12. 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	
-------	--------	--
13. 1歳半から2歳頃までの多くのこどもは、「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」ことを知っていますか。

1. はい	2. いいえ	
-------	--------	--
14. 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つた	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つた	5. 感情的な言葉で怒鳴つた	6. こどもの口をふさいだ
7. こどもを激しく揺さぶつた	8. 1～7のいずれも該当しない	

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)・子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)

1. はい 2. いいえ

<生活リズムについて>

生活リズムは整っていると Think しますか
 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>

遊び場所がありますか
 散歩など外に出る機会がありますか
 友達とあそびますか
 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
 おやつは食べていますか

1. はい 2. いいえ

1. はい 2. いいえ

(時間: 決めている [時] ・決めていない)
 おやつ内容:

1. はい	2. いいえ	
1日	回	内容・量:

偏食はありますか
 母乳またはミルクを飲みますか

1. はい 2. いいえ

1. はい 2. いいえ

よく飲む飲み物

母乳 () 回/日	ミルク () 回 × () cc/日
牛乳 () 回 × () cc	お茶 () 回
ジュース () 回 × () cc	その他 ()

スプーンや棒で食べていますか
 自分で食事を食べたりありますか
 栄養について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 (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

1. 毎日する } □ 起床時 □ 朝食後 □ 昼食後
 2. 時々する } □ 夕食後 □ 就寝前 □ 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. 食べ物がいっぱいでも口の中に残ってい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. はい	2. いいえ
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい
1. はい	2. はい

1. はい 2. 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 [はい] ・ 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. はい 2. はい(内容)

<普段の様子について>・・・あてはまるものに○をし、できるだけよいになった月齢も記入してください。

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. 階段を手すりをたま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
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
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、何でも自分でしたりできますか	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
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、チャウダイ、パパ、カイシヤ等)	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

★印のところは、記入しないでください。

★ () 個
★ トラック (+ ・ -)
★ ()
★ () 個

<尿や便について>

尿が出ることを知らせますか

尿はどこでしますか

便は1日何回ですか

尿や便について心配なことがありますか

1. 出る前	2. 出た後	3. 今はまだない
1. オマール	2. トイレ	3. オムツ
回/	日	
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

「はい」と答えただけの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

「はい」と答えただけの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	
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. 有	2. 無	
年	月	日

<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)

1.	2.	3.	4.	5.	6.
----	----	----	----	----	----

2. 育児の相談相手や協力者がいますか

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

1. はい	2. いいえ
-------	--------

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

＜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。

1. 階段を交互に足を出してひとりですり上りますか	1. する	歳	か月	2. しない
2. 砂利道などであまり転ぶことなく自由に走り回れますか	1. する	歳	か月	2. しない
3. ケンケンで前進しますか	1. する	歳	か月	2. しない
4. 両手を交互にグーパーしますか	1. する	歳	か月	2. しない
5. 大小がわかり、丸をつかっってお顔などのお絵描きをしますか	1. する	歳	か月	2. しない
6. 十字をまねてかきますか	1. する	歳	か月	2. しない
7. 「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
8. 自分の名前を言えますか(性・名)	1. はい	歳	か月	2. いいえ
9. 自由に会話しますか(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
10. 「○○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	1. はい	歳	か月	2. いいえ
11. 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
12. 簡単な衣服の着脱をひとりですりますか	1. する	歳	か月	2. しない

★了解の質問(/3)

★※印のところは、記入しないでください。

＜行動について＞

行動について気になることがありますか

「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 あきっぱい
- 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) 鼻黚 神経質 乱暴

1. いいえ 2. はい

＜尿と便について＞

尿は1日何回ですか

便は1日何回ですか

尿や便について心配なことがありますか

4回未満・5～9回・10回以上
回/ 日
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＞

＜子育てや保護者の状況について＞

1. 育児や保護者の状況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. 同居している人で喫煙者はいいますか

1. いいえ
2. はい(父・母・その他)

4. 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)

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)のご記入もお願いいたします

※質問票④のご記入もお願いいたします

親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3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)	3. 該当なし
--------	--------------	---------

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. 該当なし
--------	--------------	---------

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いない

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
5. 該当なし

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
5. 該当なし

7. あなたは、ゆったりとした気分でお子さんとお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
6. 1～5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いずれか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(発声時、のどに指をあてても振動しない声量)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)

<どちらかあてはまるほうに○をつけてください>

- ・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)

<特記事項>

 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)

<特記事項>

 再チャレンジ

サイン ()



“3歳6か月児健診”の前にお子さんの
「耳の聞こえ」をチェックしましょう



☆ ささやき声検査について ☆

“音には反応している”、“言葉を話している”から
「耳は十分に聞こえている」と思っていませんか？

普通の音は聞こえているけれど、小さな音が聞こえていない事があります。その場合、ある程度の聞こえがある為に、言葉が遅れていながらも出ていたり、発音不明瞭であっても会話ができていたりするので、耳の聞こえが悪くても発見が遅れてしまいがちです。

このような軽度～中等度の難聴があると、周りで話している声は聞こえても、「言葉」としての理解が難しくなると言われています。

“3歳6か月児健診”の前には、必ずご家庭で「耳の聞こえ」のチェックをしましょう！

☆ 「耳の聞こえ」のチェック ☆ 質問票③について

1. 「耳の聞こえについて」

3歳6か月児健診受診日までに記入し、ご持参ください。

2. 「ささやき声検査」

裏面の実施方法をよく読んでから、次ページの「ささやき声検査用絵シート」をもちいて、お子さんに「ささやき声検査」を行い、結果を質問票③「耳の聞こえについて」下欄にご記入ください。

～ 耳の聞こえが悪いかもしれないとわかったら ～

質問事項やご家庭での事前検査の結果によって、必要なお子さんには3歳6か月児健診においてスタッフが医療機関での精密健診をお勧めすることがあります。

※すでに難聴と診断されて治療や相談を受けておられるお子さんについては、実施していただくなくて結構です。健診会場でその旨お申し出ください。



ささやき声検査の方法

検査の注意事項

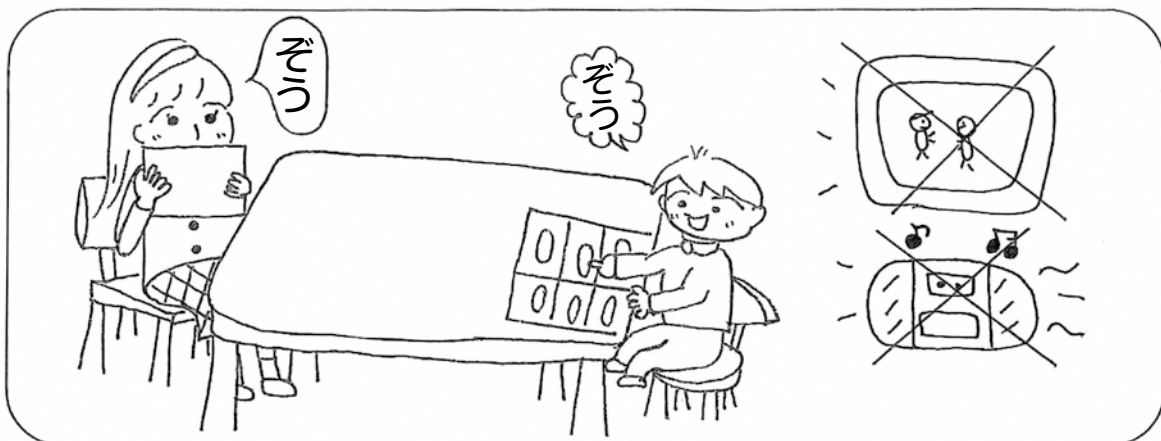
- ・ 自動車の通行など周囲の騒音がない状態で、テレビなどを消し、室内が静かな状態で検査してください。
- ・ 絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないでください。また、ささやき声が大きくならないように注意してください。

ささやき声の出し方

ささやき声は、息を出すだけの感じで、ないしょ話のようにささやきます。普通の声は、のど（のどぼとけ）に手をあてた時、指に振動が感じられますが、ないしょ話のようにささやくと振動は感じません。この状態が“ささやき声”です。

検査の方法

- ①別紙の「ささやき声検査用絵シート」を子どもの方向に向けて置き、1mくらい離れ、向かい合いに座ります。（下図参照）
- ②「この絵の名前を言うから、言った絵を指してね。」とお子さんに言って、普通の声（会話する時の声の大きさ）で、絵シートの表示した絵の名前（例えば「ぞうさん」ではなく、「ぞう」というように）を言い、お子さんが6個の絵をすべて正しくさせるようにします。
- ③「今度は小さな声で絵の名前を言うから、よく聞いて、指してね。」とお子さんに言って、口元を紙などで隠し、6個の絵の名前を、ささやき声で1回ずつ言い、正しく指せれば、別紙質問票③「耳の聞こえについて」の下の表に○を、正しく指せなければ×を記入してください。



ささやき声検査用絵シート

わい



こゝ



か



ぞ



ねこ



い



視力検査（ランドルト環検査）・屈折検査について



子どもの50人に1人が弱視の疑いがあると
言われていて、早期発見がとっても大事だよ！

子どもの視覚は生まれてから6～8歳くらいまでに発達し、5～6歳ごろには大人と同じ視力になると言われています。この時期になると、視力は0.5以上見えるようになってきます。しかし、遠視や乱視などの屈折異常や斜視などの目の異常の早期発見、早期治療が遅れると、視力の発達が止まって弱視となってしまうことがあります。

弱視は、5歳までに治療することで効果が高まり、ほとんどのお子さんに視力の改善を認めます。

そこで、草津市の3歳6か月児健診では、弱視等を早期に発見し適切な治療につなげるため、ランドルト環による視力検査やスポットビジョンスクリーナーという機器による屈折検査を実施しています。（屈折検査で精密健診が必要となった場合は、視力検査は実施していません。）

屈折検査

- ・スポットビジョンスクリーナーという検査機器で検査します。
- ・カメラのような形をした機器でお子さんの目を映して測定します。お子さんがレンズの光を見ている間（おおむね1～2分）で終了します。事前練習の必要はありませんが、検査に支障が生じますので、検査前にスマートフォン等の電子機器を見るのはやめましょう。

屈折検査の様子



ランドルト環による視力検査

片眼ずつ年齢相応の視力があるかを測定します。片目遮閉をした眼鏡をお子さんに装着し、ランドルト環をもって座ってもらいます。少し離れたところにいる健診スタッフが、ランドルト環の視標を大きいものから示し、まねっこしてもらいながら徐々に小さい視標に変えていき、0.5以上の視力があるかを確認します。

～地域の眼科医からのメッセージ～

3歳6か月児健診でのスポットビジョンスクリーナーによる屈折検査、およびランドルト環による視力検査は、弱視（眼鏡をかけても視力が不十分）を発見するための大切な検査になります。

片目が見えていなくても傍からみれば正常に見えます。健診で発見して治療すれば治るものが、まれに治療時期を過ぎてから発見されるお子さんがいます。「なぜもう少し早く発見できなかったのか」と医師としてつらいものがあります。3歳6か月児健診をぜひ受診して、精密健康診査を勧められたときは必ず眼科を受診していただきたいと思います。

視力検査について お家で練習してからお越しください

<用意するもの> 画用紙、黒のマジック、はさみ

<作り方>

1. 画用紙に、下図のような環を書いて、黒のマジックで塗ります。
2. 黒く塗った部分をはさみで切りぬきます。同じ要領で2枚作ります。

※お子さん用には、車のハンドルの要領で持たせるため、段ボール紙などで少し厚めのものを作ってあげてください。



<練習の仕方>

1. おとなが車のハンドルを持つ要領で、お子さんにランドルト環の持ち方を教えてあげてください。
2. おとながランドルト環を見せて回しながら、お子さんが一緒に環を回せるように練習しましょう。
3. 環の切れ目が同じように合わせられるよう「これと一緒にしてごらん。まねっこしてね」と、遊び感覚でお子さんをリードしてあげてください。



この視力表は
ランドルト環
といます。