

3歳児健康診査 問診票

カナ氏名		生年月日	令和	年	月	日
漢字氏名						
住所	甲府市	電話番号(母子保健課からお電話することがあります。) () - (父/母/自宅)				
記載者氏名・	続柄(父/母/父方祖父母/母方祖父母/その他())					
昼間の主な保育者	父/母/父方祖父母/母方祖父母/園()/その他()					
事故による受診・	ない/ある ⇒ 転倒/打撲/誤飲/溺れる/交通事故/その他()					
経過した病気・	ない/ある ⇒ はしか/風疹/水ぼうそう/おたふくかぜ/喘息/股関節脱臼 /腎炎/心疾患/その他()					
気になる体質	ない/ある ⇒ ひきつけ/下痢しやすい/よく熱を出す/風邪をひきやすい /湿疹/その他()					

耳と鼻に関することについて教えてください

(1) 家族や近い親類に、小さい頃から耳の聞こえが悪い人がいますか。	いない/いる												
(2) 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。	ない/ある												
(3) 普段、「鼻づまり」「鼻汁をだす」「口を開けて息をしている」のどれかがありますか。 あてはまるものすべてを選択してください。	ない/鼻づまり/鼻汁をだす/口を開けて息をしている												
(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耳の聞こえが悪い と思う時がありますか。	ない/ある												
(5) 普段お子さんと接している人から、耳の聞こえが悪いと指摘されたことがありますか。	ない/ある												
(6) ことばの遅れや発音がおかしいなど心配なことがあれば、記入してください。 ()													
(7) 話す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。	ない/ある												
(8) 今までに耳鼻科を受診したことがありますか。	ない/ある⇒病名() 治療済み/治療中/中断												
(9)・郵送された聴力検査はご家庭で実施できましたか。	できた/できない/実施していない												
(10) 正しく指せたものをすべて選択してください。													
	<table border="1"> <tr> <td>いぬ</td> <td>くつ</td> <td>かさ</td> <td>ぞう</td> <td>ねこ</td> <td>いす</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす						
いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす								

目に関することについて教えてください				
(1) まっすぐ物を見た時、どちらかの瞳が内側や外側に寄っていることがありますか。	ない/ある			
(2) テレビ等を見る時に離れていると見にくそうだったり、近くに寄って見る事がありますか。	ない/ある			
(3) 顔をしかめたり、目を細めて物を見ることがありますか。	ない/ある			
(4) 顔を傾けて物を見ることがありますか。	ない/ある			
(5) 顔を回して横目で見ることがありますか。	ない/ある			
(6) 顎を引いて上目づかいで物を見ることがありますか。	ない/ある			
(7) 明るい戸外で片目をつぶることがありますか。(まぶしがりますか)	ない/ある			
(8) 暗いところに入った時、いつまでも動きが鈍いことがありますか。	ない/ある			
(9) 物をじっと見ている時に瞳が揺れることがありますか。	ない/ある			
(10) 瞳(黒目の中央)が白っぽく見えることがありますか。	ない/ある			
(11) 黒目の大きさが左右違いますか。	いいえ/はい			
(12) 今までに眼科を受診したことがありますか。	ない/ある⇒病名 () 治療済み/治療中/中断			
(13) その他、目について心配なことがありますか。	ない/ある			
(14) ・郵送された視力検査はご家庭で実施できましたか。	できた/できない/実施していない			
(15) 視力検査ができた方は、見えたものに○、見えなかったものに×をつけてください。	指標	両目で	右目だけで	左目だけで
	大			
	小			

発育・発達に関することを教えてください			
(1) 両足をそろえてピョンと前に60cm以上跳ぶことができますか。	できる/できない	(※)	
(2) ティッシュでチーンと鼻をかむことができますか。	できる/できない	(※)	
(3) 友達とおもちゃや遊具で遊ぶ時、順番を待つことができますか。	できる/できない	(※)	
(4) 「なに」「だれ」「どこ」等を使った質問を盛んにし、よくお話しますか。	はい/いいえ		
(5) お母さん等が近くに居ることがわかっていれば、離れて遊ぶことができますか。	できる/できない		
(6) 上手くできないことを大人が手伝おうとすると怒る等、何でも自分でやりたがりますか。	はい/いいえ		
(7) ・衣類の着脱を一人でしたがりりますか。	はい/いいえ		
(8) 仲良しの友達がいますか。(友達と一緒に遊べますか)	はい/いいえ		
(9) ・ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。	できる/できない		
(10) 極端に落ち着かず、集中できないで困ることがありますか。	ない/ある		
(11) 体のことについて心配なことがあれば、記入してください。	()		
(12) 発育(身長・体重等)について心配なことがあれば、記入してください。	()		
(13) 指しゃぶり等の癖やおもらし、ひどい人見知り等で困っていることがあれば記入してください。	()		
			★

<裏面もご記入ください>

育児に関することを教えてください

(1)・お母さんの気持ちや体の状態はいかがですか。

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

(2)・お父さんの気持ちや体の状態はいかがですか。

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

(3) お母さんの育児の状況はいかがですか。

よくやっている/時々やっている/ほとんどしない(できない)/何ともいえない

(4)・お父さんの育児の状況はいかがですか。

よくやっている/時々やっている/ほとんどしない(できない)/何ともいえない

(5)・育児をしていてイライラすることがありますか。

ない/時々ある/よくある/いつもある

(6)・育児について相談できる人がいますか。あてはまるものすべてを選択してください。

いない/夫(妻)/実父母または義父母/近所の人/友人/かかりつけ医
/保育士や幼稚園の先生/電話相談/インターネット/保健師や助産師
/その他()

(7)・育児は楽しいですか。

はい/どちらともいえない/いいえ

(8)・お母さんは現在タバコを吸いますか。

いいえ/はい(本/1日)

(9)・お父さんは現在タバコを吸いますか。

いいえ/はい(本/1日)

(10)・お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。

感じない/時々感じる/いつも感じる

(11)・育てにくさを感じた時に、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。

はい/いいえ

(12)・地域の子育てサークルや子育て支援センターを知っていますか。

はい/いいえ

(13)・お母さんはゆったりとした気分子どもと過ごせる時間がありますか。

ある/何とも言えない/ない

(14)・この数ヶ月の間に、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を選択してください。

いずれにも該当しない/しつけのし過ぎがあった/感情的に叩いた

/乳幼児だけを家に残して外出した/長時間食事を与えなかった/感情的な言葉で怒鳴った

(15)・3歳から4歳になる頃までの多くの子どもの発達について、

「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。

はい/いいえ

(16)・現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。

大変ゆとりがある/ややゆとりがある/普通/やや苦しい/大変苦しい

(17)・この地域で今後も子育てをしていきたいですか。

そう思う/どちらかといえばそう思う/どちらかといえばそう思わない/そう思わない

普段の生活について教えてください

(1)・普段のお子さんの起床時間を教えてください。 5 時よりまえ/5 時台/6 時台/7 時台/8 時台/9 時台/10 時台/11 時以降	
(2)・普段のお子さんの就寝時間を教えてください。 18 時よりまえ/18 時台/19 時台/20 時台/21 時台/22 時台/23 時台/24 時以降	
(3) 普段のお子さんの午前中の過ごし方を教えてください。(例：園・公園・外出・テレビ等) ()	
(4) 普段のお子さんの午後・夕方の過ごし方を教えてください。(例：園・公園・外出・テレビ等) ()	
(5) 普段のお子さんの朝食時間を教えてください。 5 時よりまえ/5 時台/6 時台/7 時台/8 時台/9 時台/10 時以降	
(6) 普段のお子さんの昼食時間を教えてください。 11 時よりまえ/11 時台/12 時台/13 時台/14 時台/15 時以降	
(7) 普段のお子さんの夕食時間を教えてください。 17 時よりまえ/17 時台/18 時台/19 時台/20 時台/21 時以降	
(8) 排泄、睡眠などの生活習慣等で心配なことがありますか。 ない/ある	
(9)・お子さんはテレビや DVD を 1 日 2 時間以上みていますか。 いいえ/はい	
(10)・偏食や小食などの食事について心配なことがありますか。 ない/ある	
(11)・甘い飲み物（ジュースなど）をよく飲みますか。 はい/いいえ	
(12)・歯みがきや手洗いをしていますか。 はい/いいえ	
(13)・お子さんのかかりつけの医師はいますか。 いる/いない	
(14)・お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。 いる/いない	★
(15)・今までに歯にフッ素を塗ったことがありますか。 ある/ない	★
(16) お子さんの生活で相談したいことがありましたら、具体的に記入してください。 ()	

育児の相談について

(1)・現在何か心配なことはありますか。あてはまるものすべてを選択してください。 ない/子どものこと/配偶者やパートナーとの関係 /実父母や義父母との関係/育児仲間のこと/その他 ()	
(2) 健診当日に相談したいことがありましたら、具体的に記入してください。	

多くの質問へのご回答ありがとうございました。