

3歳児健康診査アンケート

No.

身体測定	内科診察	歯科	保健指導	栄養指導	フッ素塗布	尿検査	視力検査	フッ素代金

* アンケートの該当するところに○をつけ、内容をご記入のうえ、当日会場にお持ちください。

ふりがな			性別	同居家族				
児氏名	(第 子)	男・女	名前	続柄	年齢	職業	健康状態	
							良・否	
生年月日	年 月 日 (歳 か月)						良・否	
住所	吉田町						良・否	
						良・否		
保護者氏名							良・否	
電話	自宅 ☎ - -		携帯 ☎ - - (父(パートナー)・母)					
昼間の保育者	父(パートナー)・母・祖父母・その他() 保育園・幼稚園等:(園名) 入園日: 年 月							
就園について	就園先は決めていますか	就園予定 保育園・幼稚園等:(園名) 年 月から予定 検討中 まだ何も考えていない 情報がない						
予防接種歴	小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) 水痘 (1回・2回) 麻疹風疹混合1期(未・接種済) 5種混合 (1回・2回・3回・追加)							
既往歴	今までにかかった感染症	なし はしか 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 風疹 その他()						
	今までにかかった病気や事故	なし 中耳炎 扁桃腺炎 気管支炎 先天性股関節脱臼 尿路感染症 心臓病 骨折 やけど その他()						
	ひきつけ	なし あり(熱あり・熱なし)→初回年齢: 歳 か 月 (受診: あり・なし)						
身体状況	体質	特になし 下痢をしやすい よく熱を出す 湿疹がしやすい かぜをひきやすい アレルギー(気管支炎 喘息 アトピー性皮膚炎 鼻炎 食品) その他 ()						
	姿勢や手足の動きで心配なこと	なし あり()						
現在治療中・経過をみているもの		なし あり 病名() 病院名()						
排泄について	1) おしっこがでることを知らせますか		はい	いいえ				
	2) 排泄で困っていることはありますか		いいえ	はい	()			
目について	1) 視力検査をしましたか		はい	いいえ				
	2) 検査の方法を理解して、検査ができましたか		はい	いいえ				
	3) 小さい輪の切れ目が両目で見えましたか		はい	いいえ				
	4) 小さい輪の切れ目が右目で見えましたか		はい	いいえ				
	5) 小さい輪の切れ目が左目で見えましたか		はい	いいえ				
	6) 目が寄ってみえますか		いいえ	はい				
	7) 目が外や上にずれることがありますか		いいえ	はい				
	8) テレビを見ると、近くで見ますか		いいえ	はい				
	9) 明るい屋外で目を開けにくいですか		いいえ	はい				
	10) 黒目の大きさが左右違いますか		いいえ	はい				
	11) 一点を見つめているときに黒目がゆれることはありますか		いいえ	はい				
	12) 物を見る時、次のようなことはありますか		特になし	顔をしかめたり、目を細める 頭を回して横目で見る 顔を傾ける 顎を引いて上目使いで見る				
耳の聞こえについて	1) 耳の聞こえが悪いという心配がありますか		いいえ	はい				
	2) 中耳炎にかかりやすいですか		いいえ	はい				
	3) 呼んで返事をしなかったり、聞き返すことはありますか		いいえ	はい				
	4) テレビの音を普通より、大きくして聞きたがりますか		いいえ	はい				
	5) 保育所(園)の保育士などお子さん接する人から、耳の聞こえが悪いといわれたことがありますか		いいえ	はい				
	6) 話し言葉がおかしい(遅れている、発音がおかしい)ですか		いいえ	はい				
	7) 別紙の聴覚検査で2つ以上答えられましたか		はい	いいえ				

※裏面も記入してください

* アンケートの該当するところに○をつけ、内容をご記入ください。

食生活について	1) 1日の食事回数	() 回/日		規則的	不規則																				
	2) 1日の間食(おやつ)回数	() 回/日		規則的	不規則																				
	3) 母乳を飲ませていますか	いいえ	はい	(朝 昼 夜 夜中)																					
	4) 哺乳瓶を使用していますか	いいえ	はい	(中身)																					
	5) よく飲んでいる飲み物は何ですか (複数回答可)	お茶 水 牛乳 市販ジュース 乳酸菌飲料 スポーツ・イオン飲料 その他 ()																							
	6) よく食べているおやつは何ですか (複数回答可)	せんべい アイスクリーム プリン ゼリー ヨーグルト 果実 手作りおやつ あめ キャラメル ガム チョコレート スナック菓子 グミ その他 ()																							
	7) 栄養や食事について心配なことや相談したいことはありますか	なし	あり ()																						
歯について	1) 保護者が、毎日仕上げ磨きをしていますか	毎日		時々	磨かない																				
	2) いつ仕上げ磨きをしていますか	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前 その他 ()																							
	3) 本人用の歯ブラシを持たせて磨いていますか	はい	いいえ																						
	4) 歯磨き粉を使って歯磨きをしていますか	はい	いいえ																						
	5) 指しゃぶりなどの癖がありますか	いいえ	はい	指しゃぶり おしゃぶり その他 ()																					
	6) 歯や口のことで心配なことはありますか	いいえ	はい	歯並 噛みあわせ むし歯 その他 ()																					
	7) 今日はフッ素塗布を受けますか	はい	いいえ																						
言語 運動 精神発達	1) 言葉が遅れているという心配はありますか	いいえ	はい																						
	2) 「ママおやつちょうだい」のような3語文を話しますか	はい	いいえ																						
	3) 自分の氏名が言えますか	はい	いいえ																						
	4) 大きい、小さいがわかりますか	はい	いいえ																						
	5) 手を使わずに、交互に足を出して階段を登れますか	はい	いいえ																						
	6) 歩き方がおかしいという心配はありますか	いいえ	はい																						
	7) 手先の動きが鈍いという心配はありますか	いいえ	はい																						
	8) 真似をして紙に○を書きますか	はい	いいえ																						
	9) 衣服の着脱を1人でしがりますか	はい	いいえ																						
	10) ほぼこぼさないで1人で食べますか	はい	いいえ																						
	11) 睡眠で困っていることはありますか	いいえ	はい																						
	12) ひどく不安を示したり、恐れることはありますか	いいえ	はい																						
	13) 極端にいうことを聞かないで困りますか	いいえ	はい																						
	14) 落ち着かず、子どもから目が離せませんか	いいえ	はい																						
	15) 周りの人や物に関心を示さず、変わっていると感じることはありますか	いいえ	はい																						
	16) ままごとや電車ごっこ遊びができますか	はい	いいえ																						
	17) お母さんなどについている人が近くにいれば、離れて遊ぶことはできますか	はい	いいえ																						
	18) 特定の物や場所にこだわりますか	いいえ	はい																						
子育ての状況について	1) 育児に協力してくれる人はいますか	はい ()		いいえ																					
	2) 育児に関して相談相手はいますか	はい ()		いいえ																					
	3) 地域の子育て支援機関を知っていますか	はい	いいえ																						
	4) あなたの最近の心身の調子はいかがですか	良い やや良好 どちらともいえない ややよくない よくない																							
	5) お子さんがいる生活は楽しいですか(複数回答可)	毎日が楽しい 負担が増えたが育児は楽しい 負担が増え疲れる 育児に自信を持てず悩む 育て方がわからない お金がかかる 配偶者の協力が少ない 上の子への対応に困っている 子どもを持つ親同士の付き合い方 親との育児方針が合わない その他 ()																							
	6) 現在何か心配なことはありますか	子どものこと 配偶者やパートナーとの関係 父母や義父母との関係 育児仲間のこと 経済的なこと その他 ()																							
生活リズム	起床時間 (時 ころ) 就寝時間 (時 ころ) テレビ・スマホ視聴時間 (時間)																								
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
*聞きたいこと、心配なこと等ご自由に記入してください																									
町、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報について、総合的な支援が必要となる場合には、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。																									
署名																									