

※健康診査までに記入し、切り離して持参してください。当日、お預かりさせていただきます。

【3歳6か月児健康診査】

記入日： 年 月 日
お子さんの名前：
お子さんの生年月日： 年 月 日
お子さんの年齢： 歳 か月

●健康診査で希望される方には、フッ素塗布を行っています。

- ・フッ素塗布を希望されますか (はい・いいえ)
希望される方は、健診に同伴される保護者の名前をフルネームでサインしてください。

保護者サイン：

お子さん、子育てについて心配なこと、相談したいことがありましたら書いてください

今までにかかった大きな病気、また現在通院中の病気 (病名・いつ・病院名など)

- ・けいれんを起こしたことはありますか (いいえ・はい 回)
はいの方は、その時熱がありましたか (いいえ・はい °C)

※次の質問にお答えください (まだの項目には(未)と書いてください)

- ①階段をひとりで交互に足を出して上られる (はい・いいえ)
- ②ケンケンで数歩前へ進める (はい・いいえ)
まだの場合 a 片足をあげる b 両足でとべる
- ③簡単な折り紙を折ることができますか (はい・いいえ)
- ④簡単な服の着脱がひとりでできますか (はい・いいえ)
- ⑤最近の会話の様子は (かなり自由な会話・3語文の会話・2語文の会話・単語と2語文が混じる)
- ⑥数の理解ができていますか (はい・いいえ)
「はい」の場合、理解できる数に○を付けてください (実数と結びついているもの)
(1つ・2つ・3つ・4つ・5つ以上)
- ⑦どんな遊びが好きですか
- ⑧友達と一緒にやりとり遊びをして遊べますか (はい・いいえ)
- ⑨ままごと、お店屋さんごっこなど、ごっこ遊びをしますか (はい・いいえ)
- ⑩落ち着きなくそわそわしていることはありますか (いいえ・はい)
- ⑪大人の指示を聞けずに動き回ることが多いと感じますか (いいえ・はい)
- ⑫人・場所・物へのこだわりが強い、心配なくせがあると思いますか (いいえ・はい)
- ⑬子育ての中で、育てにくさを感じることはありませんか (いいえ・はい)

※お子さんの普段の生活についてお答えください

生活リズム

- ⑭一日の生活リズムを記入してください (起床(起)・就寝や昼寝(寝) (寝ている所は斜線で記入)・食事(おやつ)(食)・外遊び・テレビ等)



- ⑮テレビやスマートフォンなどを長時間(2時間以上)見せないようにしていますか (はい・いいえ)
- ⑯スマートフォンやタブレットを子どもだけで見ている時がありますか (いいえ・はい)
- ⑰眠りについて心配なことはありませんか (いいえ・はい)
夜小さな音で起きる 眠りが浅い 夜泣き その他 ()

排せつ

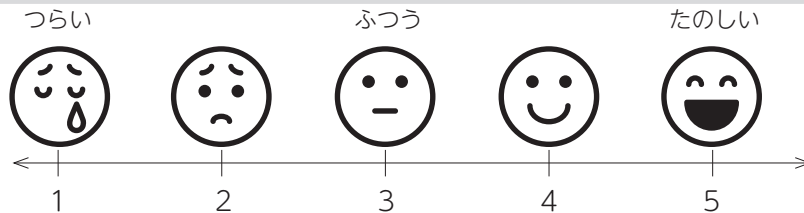
- ⑱便通 (日に 回)
- ⑲ひとりでトイレで大小便ができますか 大 (はい・いいえ)
小 (はい・いいえ)

栄養・歯の健康

- ⑲食事の回数 (回/日)
- ⑳好き嫌い、食へのこだわりはありますか (無・有)
- ㉑おやつ回数 (1回・2回・3回・決めていない)
よく食べるおやつを書いてください
[]
- ㉒普段よく飲む飲み物は何ですか (お茶・水・牛乳・ジュース・その他)
- ㉓歯みがき習慣がありますか (はい・いいえ)
- ㉔仕上げみがきをしていますか (朝・昼・寝る前・毎食後・いいえ)
- ㉕フッ素入り歯みがき剤を使っていますか (はい・いいえ)
- ㉖お子さんのかかりつけの歯科医院はありますか (はい(歯科医院名)・いいえ)
- ㉗歯や口のことで気になることや、心配なことはありますか
[]

育児

- ㉘主な保育者は誰ですか (母・父・祖母・その他)
- ㉙今後の就園予定と就園状況をおきかせください すでに在園中 () 園
年 月より 園への就園希望
- ㉚地域のほっとステーションなどの未就園児向け事業を利用していますか (はい 回/月・いいえ)
- ㉛今の気持ちにあてはまるものを選んでください



- ㉜子育てを楽しんでいる時はどんな時ですか。具体的に書いてください
[]
- ㉝子育てをされていて、イライラしたり疲れたりすることがありますか (いいえ・はい)
それはどんな時ですか。また、解消方法があれば具体的に書いてください
[]
- ㉞育児についての相談相手はいますか 有 () ・無
- ㉟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お書きください (健康・心の悩み、家事、仕事、生活、家族との関係など)
[]

※次の質問にお答えください

目についての問診

- ㊲瞳が白く見えますか (いいえ・はい)
- ㊳目つきや目の動きに違和感はありませんか。目の向きで気になることはありますか (いいえ・はい)
- ㊴極端にまぶしがったり、片目を閉じたりしますか (いいえ・はい)
- ㊵物を見るとき首をかしげますか (いいえ・はい)
- ㊶その他、心配なことがあれば書いてください ()
- ㊷視力検査の練習をしましたか (はい・いいえ)

耳についての問診

- ㊸家族、親類の方に、小さいときから耳の聞こえにくい方・聞こえない方がいますか (いいえ・はい)
- ㊹中耳炎に何回か、かかったことがありますか (いいえ・はい)
- ㊺ふだん鼻づまり、鼻汁をだす、口で息をしている、のいずれかがありますか (いいえ・はい)
- ㊻呼んで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、聞こえのわるいと思うときがありますか (いいえ・はい)
- ㊼園の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえにくいといわれたことがありますか (いいえ・はい)
- ㊽話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか (いいえ・はい)
- ㊾あなたの言うことばの意味が、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)
- ㊿ささやき声検査の結果 ※自宅での実施結果を記入してください

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす