



問診票は事前に
記入してきてください

1歳6か月児健康診査問診票（1）



お子さんの名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳 _____ か月

◆お子さんについてお伺いします。（あてはまるものに○をつけてください。）

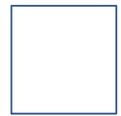
◎今日のお子さんの体調はいかがですか		良・否（ _____ ）	
◎普段の生活の様子を書いてください			
5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4			
主な保育者	昼	母・父・祖母・祖父・保育士・その他（ _____ ）	起床時間 _____ 時 _____ 分（午前7時の場合は07時00分）
	夜	母・父・祖母・祖父・保育士・その他（ _____ ）	就寝時間 _____ 時 _____ 分（午後9時の場合は21時00分）
就園	未就園・就園中・就園予定（ _____ 年 _____ 月～）	睡眠	良・否
園名		機嫌	良・否
排泄	排便： _____ 日に _____ 回 性状（良・否） おむつを取る練習（開始・これから）		
食事・栄養	食欲（有・無・ムラがある） 偏食（無・有）嫌いなもの（ _____ ）		
	卒乳：完了・未完了	スプーンやフォークで食べ物を口に運びますか	はい いいえ
	離乳食：完了・未完了	食べ物をいつまでも口の中に残すことが多いですか	いいえ はい
	食事：1日に _____ 回	一番よく飲むもの	牛乳・お茶・乳酸飲料・ジュース・スポーツ飲料・水 その他（ _____ ）
	哺乳びんの使用：無・有		
間食1日に _____ 回	食べ物のアレルギーがありますか	いいえ はい	
内容・量 [_____]	食品名		
病気	今までにかかった病気（無・有）	病名 _____ いつ頃 _____	ひきつけ（無・有 _____ 回） いつ頃 _____
	現在の病気（無・有）	病名 _____ いつ頃から _____	かかっている病院名 _____
◎目に関して心配なことはありますか		いいえ	はい
・瞳が白色や黄緑色、橙色などに光って見えますか		いいえ	はい
・目つきや目の動きが気になりますか		いいえ	はい
・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
・目やにや涙が多いですか		いいえ	はい
◎耳に関して心配なことはありますか		いいえ	はい
・中耳炎にかかったことがありますか		いいえ	はい
・名前を呼んでも振り向かないことが、たびたびありますか		いいえ	はい
・大人がうるさいと感じる音でも平気でいますか		いいえ	はい
◎歯に関して心配なことはありますか		いいえ	はい
・ぐらついている乳歯がありますか		いいえ	はい
・一度はえた乳歯が抜けたことがありますか		いいえ	はい

◎戸外でもしっかり一人で歩けますか	はい	いいえ		
・ひとり歩きはいつからできましたか (歳 か月) ・しっかり歩けるようになったのはいつ頃ですか (歳 か月)				
◎手を引いてあげると階段が登れますか	はい	いいえ		
◎「お花どれ」「犬はどこ」と問いかけると指差ししますか	はい	いいえ		
◎「～持ってきて」等の言葉に応じられますか	はい	いいえ		
◎身近な人（お母さん・お父さん等）に遊んでもらいたがりますか	はい	いいえ		
◎何か欲しいものがあるとき指さして教えますか	はい	いいえ		
◎ことばをいくつか話しますか	はい	いいえ		
(最近のことばをありのまま、たくさん書いてください)				
◎お子さんは普段どんなことをして遊んでいますか (内容)				
◎相手になって遊んであげると喜びますか	はい	いいえ		
◎他の子に関心がありますか	はい	いいえ		
◎なぐり書きをしますか	はい	いいえ		
◎何でも自分でしたがりますか	はい	いいえ		
◎大人のすることをまねしますか	はい	いいえ		
◎身近な人（お母さん・お父さん等）の話しかけと関係なく動き回ることが多いですか	いいえ	はい		
◎身近な人（お母さん・お父さん等）が「だめよ」と言うとだいたいやめられますか	はい	いいえ		
◎気になることがあれば○をつけてください ・視線が合いにくい ・呼んでも戻ってこない ・ひとり遊びが多い ・甘えてこない ・よく動き回る ・落ち着いて座って食べない ・寝つきが悪い ・夜泣きがある ・おとなしすぎる ・その他 ()				
◎その他気になることや心配なことはありますか	いいえ	はい		
(あれば具体的にお書きください)				
お母さん、お父さん自身について伺います（番号に○をつけてください）				
◎毎日の生活や育児を楽しくやっていますか	1 はい	2 いいえ	3 どちらともいえない	
◎育児をしていてイライラしたり、つらいと感じることが多いですか	1 いいえ	2 はい	3 どちらともいえない	
◎育児の相談相手や協力者がいますか	1 はい	2 いいえ	3 どちらともいえない	
◎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 どちらともいえない	
◎しつけのためにイライラして、お子さんをたたくことがありますか	1 いいえ	2 はい	3 どちらともいえない	
◎育てにくさを感じますか	1 いいえ	2 はい	3 どちらともいえない	
◎現在たばこを吸う人はいますか	1 父	2 母	3 その他	4 家族皆吸わない
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お書きください				
1 健康的な不安	1 心に悩みをもっている	1 家事や仕事が忙しい	1 経済的な心配	
1 パートナーとの関係	1 祖父母との関係	1 介護	1 その他	
()				



1歳6か月児健康診査問診票（2）

— 子育てに関するアンケート —



⑦

このアンケートは厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課の要請によるものです。乳幼児健康診査の問診票と重複する部分もありますが、ご協力をお願いいたします。

質 問		回 答	
1	四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）の予防接種（第1期初回3回）をすませましたか。	1 はい	2 いいえ
2	麻しん・風しんの予防接種をすませましたか。	1 はい	2 いいえ
3	保護者が、毎日、仕上げみがきをしていますか。	1 仕上げ磨きをしている	2 保護者だけでみがいている 3 子どもだけでみがいている 4 こどもも保護者もみがいていない
4	浴室ドアには、こどもがひとりで開けることができないような工夫がしてありますか。	1 はい	2 いいえ 3 該当しない
5	1歳半から2歳ごろ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
6	現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。	1 なし	2 あり (1日 本)
7	現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	1 なし	2 あり (1日 本)
8	お子さんのお母さんとお父さんは、協力しあって家事・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
9	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
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
11	上の質問で「1 いつも感じる」または「2 時々感じる」と答えた方は、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	この数ヶ月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 (あてはまるものすべてに○をつけてください。)	
	1. しつけのし過ぎがあった		
	2. 感情的にたたいた		
	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. いずれも該当しない			
13	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

ご協力ありがとうございました。