

※ 問診票は2枚あります

問診票は事前に
記入してください

3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。)

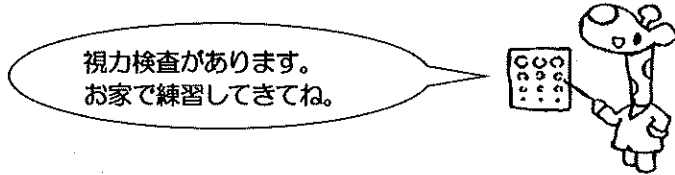
◎今日のお子さんの体調はいかがですか		良・否()	
◎普段の生活の様子を書いてください			
5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 0 1 2 3 4			
主な 保 育 者	昼	母・父・祖母・祖父・保育士・その他()	起床時間 _____ 時 _____ 分(午前7時の場合は07時00分)
	夜	母・父・祖母・祖父・保育士・その他()	就寝時間 _____ 時 _____ 分(午後9時の場合は21時00分)
就 園	未就園・就園中・就園予定(_____ 年 _____ 月~)		睡 眠 良・否
園 名			機 嫌 良・否
排 泄	排便: _____ 日に _____ 回 性状(良・否)		
	排尿: _____ 回 トイレ利用(有・無)		
食 事 ・ 米 養	食 欲(有・無・ムラがある) 偏 食(無・有)嫌いなもの()		
	食 事 1日に _____ 回	しっかりかんで食べられますか	はい いいえ
	一人で食事ができますか(はし・スプーンなどの使用)		はい いいえ
	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())		
お や つ	おやつ 1日に _____ 回	おやつの時間はだいたい決めていますか	はい いいえ
	内容・量 [_____]	おやつの買い置きはありますか	いいえ はい
病 気	今までにかかった病気(無・有)		ひきつけ(無・有)
	病名 _____ いく回		いく回
現在の病気(無・有)		かかっている病院名	
病名 _____ いく回から _____			
◎目に関して心配なことはありますか			いいえ はい
・瞳が白く見えますか			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
・物をみるとき首を傾けますか			いいえ はい
・物に目を近づけてみますか			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
・名前を呼んでも振り向かないことがありますか			いいえ はい
・最近テレビの音を大きくしますか			いいえ はい
・話をしているときに聞き返すことが多いですか			いいえ はい
・小さい音に反応しますか			はい いいえ
・保育士など、お子さんに接する人から、聞こえが悪いと言われたことがありますか			いいえ はい

キリトリ線

裏面につづく

キリトリ線

◎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		
◎じゃり道などでも、あまりころぶことなく自由に走り回れますか	はい	いいえ		
◎ケンケンが右足・左足ともにできますか	はい	いいえ		
◎階段を一人で交互に足を出してのぼれますか	はい	いいえ		
◎肩たたきが交互にできますか	はい	いいえ		
◎簡単な衣服の着脱が一人でできますか	はい	いいえ		
◎自分の名前と性別が言えますか	はい	いいえ		
◎自由に会話できますか	はい	いいえ		
◎ことばについて心配なことはありますか	いいえ	はい		
・文章を話さない ・発音のこと ・どもる ・その他 ()				
◎お友だちはいますか (0人 1~2人 3~4人 5人以上)				
◎いつもどんなところで遊んでいますか (場所:)				
◎いつもどんなことをして遊んでいますか (内容:)				
◎気になることがあれば○をつけてください				
・乱暴 ・わがまま ・人見知り ・几帳面すぎる ・おとなしすぎる ・極端に怖がったりする ・落ち着きがない ・一人で同じ遊びばかりする ・集団に入りづらい ・友だちと遊べない ・くせが目立つ ・その他 ()				
◎その他気になることや心配なことはありますか (あれば具体的にお書きください)	いいえ	はい		
お父さん・お母さん自身について伺います				
◎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	



3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 —



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	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
2	お子さんのかかりつけ歯科医師はいますか。	1 はい 2 いいえ 3 何ともいえない
3	3歳から4歳ごろ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
4	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)
5	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)
6	お子さんのお父さんは、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
7	お子さんのお母さん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
8	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
9	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
10	この数ヶ月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。	1 2 3 4 5 6 7 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. 子どもの口をふさいだ	
	7. 子どもを激しく揺さぶった	
8. いずれも該当しない		
11	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

キリトリ線

ご協力ありがとうございました。



キリトリ線