

◎ご記入の上、当日健診会場へ  
お持ちください（裏面もあります）

カルテNo.

1歳6か月児健康診査問診票（ 歳 か月）

受診年月日（ . . ）

ふりがな		住所	〒
お子さんの氏名	男女	電話番号	自宅（ ） 日中の連絡先（ ）（父・母）
生年月日	年 月 日生（第 子）		
主な保育者 昼	夜	●母子健康手帳健診券綴りの医療機関乳幼児健康診査受診票を使いましたか はい（ ）（ ）（ ）か月頃・いいえ	
保育所の利用	あり（施設名）・なし	●4か月児健康診査を受けましたか はい（受診場所）・いいえ	
かかりつけ医	あり（ ）・なし	●受けた予防接種（○をしてください）	
かかりつけ歯科医	あり（ ）・なし	①ヒブ（インフルエンザ菌b型）（1回・2回・3回・追加）	
●今までにかかった病気	ない・ある	②小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）	
病名	□入院 □検査	③四種混合（I期初回：1回・2回・3回・追加）	
医療機関名		④BCG ⑤麻しん風しん混合	
●ひきつけたこと	ない・ある	⑥水痘（水ぼうそう）（1回・2回）	
		⑦日本脳炎（I期初回：1回・2回・追加）	
●現在、治療中または経過観察中の病気	ない・ある	その他（ ）	
病名		●これまでの成長	
医療機関名		①首すわり（ か月） ②人見知り（ か月）	
		③ねがえり（ か月） ④歩きはじめ（ か月）	
		⑤はいはい（ か月） ⑥ことばを話しはじめた（ か月）	

健診時に相談したいことはありますか

（お子さんについて、困っていることや心配なこと、相談したいことがあればお書きください。）

家族で煙草を吸う人はいますか  
はい・いいえ  
（父 本くらい/日）  
（母 本くらい/日）  
（ 本くらい/日）

お子さんの身体や発育の状態

1 1人で上手に歩きますか	普通に歩く・あまり歩かない（数歩以下）
2 手すりにつかまったり手をつないで階段を上がりますか	はい いいえ
3 クレヨンなどをもってなぐりがきしますか	はい いいえ
4 自分でスプーン・フォークを使ってたべますか	はい いいえ
5 ワンワン・プープなど物の名前で意味のある言葉を三語以上話しますか （どんな言葉）	はい いいえ
6 「ダメ」がわかりますか	はい いいえ
7 「チョウダイ」というと渡してくれますか	はい いいえ
8 「ゴミポイして」ができますか	はい いいえ
9 「○○を持ってきて」など言葉だけで応じられますか	はい いいえ
10 欲しい物を指でさしますか	はい いいえ
11 興味があるものをさしてお父さんお母さんを振り返ってみますか	はい いいえ
12 「○○どれ」と聞くと指でさして教えますか	はい いいえ
13 大人のしぐさのまねをしますか（掃除や台所仕事のまね・化粧のまねなど）	はい いいえ
14 他の子どもに関心をしめしますか	はい いいえ
15 視線がいきますか	はい いいえ
16 お母さん・お父さんと遊びたがりますか	はい いいえ
17 日常生活で困っていることはありますか（○をつけてください） 〔落ちつきがない・新しい場所に慣れない その他（ ）〕	ない ある
18 目について心配なことはありますか 〔物を見る時に、眼を細める・極端にちかづく・頭を傾ける・横目や上目使いで見る・ 左右の眼の向きがずれている・極端にまぶしがる その他（ ）〕	ない ある
19 耳について心配なことはありますか 〔聞こえが悪いと思う・ささやき声で呼んだ時に振り向かない・ 中耳炎をくりかえしている・その他（ ）〕	ない ある

裏面もご記入ください。

## お子さんの日々の生活

1 普段の日のついて、お子さんのだいたいの生活時間をお書きください

(起きる・寝る・ごはん・昼寝・おやつ・遊び・散歩・公園・テレビ・保育園など)

6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

外遊び(1日平均 )時間 よく遊ぶ場所(家・公園・その他( ))

テレビ・ビデオ(1日平均 )時間 よく遊ぶお友達(いる・いない)

2 食事で困っていることはありますか ない ある 嫌いな食べ物( )

(遊び食い・偏食・食べる時間がかかる・よく噛まない・少食・食べすぎ・

その他( ))

お子さんが食べた昨日の食事

朝食(時)	間食(おやつ) (時)	昼食(時)	間食(おやつ) (時)	夕食(時)

間食(おやつ)(1日 回:主なもの) 平均的に毎日飲む量をご記入ください。

[牛乳(1日 ml)・フォローアップミルク(1日 ml)・果汁入り野菜ジュース(1日 ml)  
スポーツ飲料(1日 ml)・乳酸菌飲料(1日 ml)・果汁ジュース(1日 ml)]

3 母乳をあげていますか はい いいえ

4 ほ乳びんを使っていますか はい いいえ

5 毎日お子さんの歯をみがいてあげていますか はい いいえ

6 今まで事故を経験したことがありますか はい いいえ

(転倒・転落・やけど・おぼれる・飲みこむ(たばこ・薬・ボタン)・その他( ))

歳 か月頃 病院受診 あり・なし 入院 あり・なし

### お母さん・お父さん自身についてうかがいます

#### お母さん

#### お父さん

1 育児は楽しいですか

はい いいえ

はい いいえ

どちらとも言えない

どちらとも言えない

2 育児をしていてイライラすることが多いですか

はい いいえ

はい いいえ

どちらとも言えない

どちらとも言えない

3 育児の相談相手や協力者はいますか

はい いいえ

はい いいえ

どちらとも言えない

どちらとも言えない

4 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

健康面の不安・心に悩みを持っている・こどもとの接し方に悩んでいる

経済的な心配・パートナーとの関係・祖父母との関係・介護 など

面接者

母 父 祖母(母方・父方) 祖父(母方・父方) その他( )

予診者名