

◎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.

3歳児健康診査問診票（ 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
生年月日	年 月 日生（第 子）	保育所の利用 あり（施設名 ）・なし	
主な保育者 昼	夜	●1歳6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	病名 □入院 □検査	②小児用肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）	
●ひきつけたこと ない・ある		③四種混合（I期初回：1回・2回・3回・追加）	
●現在、治療中または経過観察中の病気 ない・ある	病名	④BCG ⑤麻しん風しん混合	
	医療機関名	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）	
		その他（ ）	

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 つかまらないで片足立ちしますか（1秒以上）	はい・いいえ
2 足を交互にだして階段を上がりますか	はい・いいえ
3 クレヨンなどで丸をかきますか	はい・いいえ
4 「○○ちゃん、ごはん食べた」など3つくらいの言葉をつなげて文を話しますか いいえの場合（二語文（「ワンワン来た」など）・単語だけ・全く話さない）	はい・いいえ
5 お子さんが何を言っているのか、他人にもわかりますか	はい・いいえ
6 「これなーに？」などと言って質問しますか	はい・いいえ
7 友達と遊びたがりますか	はい・いいえ
8 ヒーローごっこやままごとなど役割のあるごっこ遊びをしていますか	はい・いいえ
9 ひどくおちつかず注意が集中できなくて困ることがありますか	はい・いいえ
10 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）	ない・ある
（おしっこやうんちのこと・指しゃぶり・かんしゃく・人見知り・場所見知り・ こだわりが強い・出かけた時にたびたび迷子になる その他（ ））	
11 目について心配なことはありますか	ない・ある
（物を見る時に、眼を細める・極端に近づく・頭を傾ける・ 横目や上目使いで見ると・左右の眼の向きがずれている・極端にまぶしがる・ その他（ ））	
12 耳について心配なことはありますか	ない・ある
（何度も聞き返す・テレビの音を非常に大きくする・小さな音やささやき声での指示に反応しない・ 中耳炎をくりかえしている・鼻水、鼻づまり、口呼吸などが普段からよく見られる・ その他（ ））	

裏面もご記入ください。

2015.7

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 ()

(偏食・落ち着いて食べない・よく噛まない・朝食の欠食・少食・食べ過ぎ・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) ・スポーツ飲料 (1日 ml) ・乳酸菌飲料 (1日 ml)]
[果汁入り野菜ジュース (1日 ml) ・果汁ジュース (1日 ml) ・炭酸飲料 (1日 ml)]

3 自分でフォーク、はしなどを使って食べますか はい いいえ

4 衣服のぬぎ着をひとりでしたがりですか はい いいえ

5 毎日自分で歯みがきをする習慣はつきましたか はい いいえ

6 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

7 今までに歯科医院に行ったことがありますか はい いいえ
(健診・フッ素塗布・むし歯の治療・その他 ())

8 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 育児をされ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