

# 1歳6か月児健康診査票

郵便番号

住所

カナ

氏名

性別

生年月日 令和 年 月 日

健管番号

健康診査日

令和 年 月 日

## 1. お子さんご家族についてご記入ください。

|       |                             |                   |            |                   |
|-------|-----------------------------|-------------------|------------|-------------------|
| 出生順位  | 第 子                         | 年齢                | 歳 か月       | 電話番号              |
| 保育状況  | ( ) 保育園 こども園 ・ その他 ( ) ・ 自宅 |                   |            |                   |
| 保護者氏名 | 父                           | ( ) 歳 職業 ( ) 健康・否 | 母          | ( ) 歳 職業 ( ) 健康・否 |
| 同居家族  | 続柄                          | ( ) 歳 健康・否        | ( ) 歳 健康・否 | ( ) 歳 健康・否        |
|       |                             | ( ) 歳 健康・否        | ( ) 歳 健康・否 | ( ) 歳 健康・否        |

## 2. 該当する□に✓印を、選択肢に○を、( ) 内は記入して下さい。

|        |                        |   |   |   |
|--------|------------------------|---|---|---|
|        | 記入者                    | 母・父・祖母・祖父・その他 ( )   |   |   |
| 身体について | ①                      | 今までにかかった病気はありますか。(病名・手術)  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある   |   |
|        | ②                      | これまで事故で病院にかかったことがありますか。(いつ) (どこで) (どんな)   | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある   |   |
|        | ③                      | 今、治療中または経過観察中の病気がありますか。(病名) (医療機関)  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある   |   |
|        | ④                      | 熱性けいれんを起こしたことがありますか。  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある   |   |
|        | ⑤                      | 食物アレルギーについて気がかりなことがありますか。( )  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある   |   |
|        | ⑥                      | 医師の診察で特に見てもらいたいことがありますか。( )   | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある   |   |
|        | ⑦                      | 済んだ予防接種 BCG・五種混合( )回・四種混合( )回・ヒブ( )回・肺炎球菌( )回 <input type="checkbox"/> 全て未接種<br>MR(麻しん・風しん)・水痘(水ぼうそう)・B型肝炎( )回・日本脳炎( )回 |   |   |
|        |                        | 五種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、ヒブ)の予防接種(第1期初回3回)を済ませましたか。   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい  |   |
|        |                        | MR(麻しん・風しん)の予防接種を済ませましたか。   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい  |   |
|        | 耳について                  | ⑧   | 見えないところからの呼びかけ、テレビから流れてくるコマーシャルや番組のテーマ音楽などに振り向きませんか。      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                |
|        |                        | ⑨   | 耳が聞こえにくいと思ったことがありますか。                                     | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                |
|        |                        | ⑩   | “ささやき声”で名前を呼んだときに振り向きませんか。(※ささやき声の出し方は別紙資料を参照)            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない |
|        |                        | ⑪   | 家族に、小さい時から耳が聞こえにくい方、聞こえない方がいますか。                          | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい                                |
|        |                        | ⑫   | 絵本を読んでもらいたがりますか。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*                               |
|        |                        | ⑬   | 絵本を見て知っているものを指差しますか。                                      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*                               |
| ⑭      |                        | おとなの言っている簡単な言いつけ(座りなさい)がわかりますか。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ* |   |
| ⑮      | 絵本を見て知っているものの名前を言いますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*   |   |   |

|        |   |   |   |
|--------|---|---|---|
| 発達について | ⑩   | 意味のあることば(マンマ、わんわんなど)を言いますか。言えることばを書いてください。  | 0* <input type="checkbox"/> 1~2* <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>  |
|        | ⑪   | しゃべり始めていたことばを話さなくなったことがありますか。   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい  |
|        | ⑫   | ひとりで上手に歩きますか。歩き始めた時期( )歳( )か月   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
|        | ⑬   | スプーンやフォークを持って食べようとしますか。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
|        | ⑭   | 自分でコップを持って水を飲みますか。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
|        | ⑮   | 鉛筆でなぐり書きができますか。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
|        | ⑯   | 人見知りや後追いがありましたか。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
|        | ⑰   | 次のことで気になることがあれば✓を付けてください。(あてはまるもの全てに✓をつけてください)  |   |
|        | ⑱   | <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> 呼んでも戻ってこない <input type="checkbox"/> 一人遊びが多い <input type="checkbox"/> 甘えてこない <input type="checkbox"/> よく動き回る      |   |
|        | ⑲   | <input type="checkbox"/> おとなしすぎる <input type="checkbox"/> 落ち着いて座って食べない <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜泣きがある <input type="checkbox"/> 新しい場面がすごく苦手 |   |
| ⑳      | 1歳半から2歳頃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。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |   |
| 生活について | ㉑   | お子さんの1日の生活リズムを書いてください。(起床・就寝・食事・おやつなど)  | 0 3 6 9 12 15 18 21 24<br>お子さんのテレビやゲーム、スマートフォン等の使用時間(例: 1.0時間) <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 時間<br>睡眠時間(昼寝含む) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 時間   |
|        | ㉒   | 食事について心配なことがありますか。  | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 好き嫌い <input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 食べむら<br><input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 噛み方 <input type="checkbox"/> 食事に興味がない <input type="checkbox"/> その他( ) |
|        | ㉓   | よく食べるおやつはどんなものですか。  | <input type="checkbox"/> 果物 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> いも類<br><input type="checkbox"/> 菓子(菓子の内容: ) <input type="checkbox"/> その他( )   |
|        | ㉔   | 毎日飲んでいる物の1日量(回数)を書いてください。   | <input type="checkbox"/> 牛乳 ( cc) <input type="checkbox"/> ジュース ( cc) <input type="checkbox"/> 乳酸菌飲料 ( cc) <input type="checkbox"/> イオン飲料 ( cc) <input type="checkbox"/> お茶類・水 ( cc)<br><input type="checkbox"/> 母乳 ( 回) <input type="checkbox"/> ミルク ( cc)                   |
|        | ㉕   | 食事や間食(おやつ)の時間はだいたい決まっていますか。   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
|        | ㉖   | 現在、哺乳瓶を使っていますか。   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい  |
|        | ㉗   | 保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。   | <input type="checkbox"/> 仕上げ磨きをしている(こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) <input type="checkbox"/> こどもだけで磨いている<br><input type="checkbox"/> こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている <input type="checkbox"/> こどもも保護者も磨いていない   |
|        | ㉘   | 指しゃぶりやおしゃぶりをしますか。   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> おしゃぶり  |
|        | ㉙   | 本日、フッ化物歯面塗布を希望しますか。   | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない(理由 )   |

※裏面もご記入ください。

日本語版 M-CHAT (The Japanese version of the M-CHAT)

お子さんの日頃の様子について、「はい」「いいえ」でお答えください。すべての質問にご回答くださるようお願いいたします。もし、質問の行動をめったにしないと思われる場合(たとえば、1. 2度しか見た覚えがないなど)、「いいえ」とご回答ください。項目 7, 9, 17, 23 については、別紙の絵をご確認ください。

|            |   |   |                             |                              |
|------------|---|---|-----------------------------|------------------------------|
| 社会性の発達について | ① | お子さんをブランコのように揺らしたり、ひざの上で揺ると喜びますか？                           | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ② | 他の子どもに興味がありますか？   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ③ | 階段など、何かの上に這い上がることが好きですか？                                    | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ④ | イナイナイバーをすると喜びますか？   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑤ | 電話の受話器を耳にあててしゃべるまねをしたり、人形やその他のモノを使ってごっこ遊びをしますか？             | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑥ | 何かほしいモノがある時、指をさして要求しますか？                                    | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑦ | 何かに興味を持った時、指をさして伝えようとするか？                                   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑧ | クルマや積木などのオモチャを、口に入れたり、さわったり、落としたりする遊びではなく、オモチャに合った遊び方をしますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑨ | あなたに見てほしいモノがある時、それを見せに持ってきますか？                              | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑩ | 1,2秒より長く、あなたの目を見つめますか？                                      | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑪ | ある種の音に、とくに過敏に反応して不機嫌になりますか？(耳をふさぐなど)                        | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑫ | あなたがお子さんの顔をみたり、笑いかけると、笑顔を返してきますか？                           | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑬ | あなたのすることをまねしますか？(たとえば、口をとがらせてみせると、顔まねをしようとするか？)             | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑭ | あなたが名前を呼ぶと、反応しますか？  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑮ | あなたが部屋の中の離れたところにあるオモチャを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか？                | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑯ | お子さんは歩きますか？   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑰ | あなたが見ているモノを、お子さんも一緒に見ますか？                                   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑱ | 顔の近くで指をひらひら動かすなどの変わった癖がありますか？                               | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑲ | あなたの注意を、自分の方にひこうとしますか？                                      | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ⑳ | お子さんの耳が聞こえないのではないかと心配されたことがありますか？                           | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ㉑ | 言われたことばをわかっていますか？   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ㉒ | 何も無い宙をじーっと見つめたり、目的なくひたすらうろろろすることがありますか？                     | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|            | ㉓ | いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？                             | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

M-CHAT copy right (c) 1999 by Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton." Authorized translation by Yoko Kamio, National Institute of Mental Health, NCNP, Japan.

M-CHATの著作権はDiana Robins, Deborah Fein, Marianne Bartonにあります。この日本語訳は、国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部部長の神尾陽子が著作権所有者から正式に使用許可を得たものです。

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

本健診の記録をお子様の健康管理の上で必要と考えられる場合に、子育て支援機関と相互に共有すること、また、市の保健衛生向上のため、統計処理・分析・報告を行うことに同意します。  
 なお、倫理面、プライバシー保護は十分に管理いたします。 **保護者自署**

ここは記入しないでください ⇒  1. 母 2. 父 3. 祖母 4. 祖父  1. ~19歳 2. 20~24歳 3. 25~29歳  
 5. その他 9. 無回答  4. 30~34歳 5. 35~39歳 6. 40歳~ 9. 無回答

|      |  |      |    |   |   |   |
|------|--|------|----|---|---|---|
| 幼児氏名 |  | 生年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|------|--|------|----|---|---|---|

|         |   |   |                                       |  |  |                                       |                                      |                                     |
|---------|---|---|---------------------------------------|--|--|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 保護者について | ①                                       | 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。   | <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり                  | 1日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本 |                                       |                                      |                                     |
|         | ②                                       | 現在、お子さんのお父さん(パートナー)は喫煙をしていますか。  | <input type="checkbox"/> なし           | <input type="checkbox"/> あり                  | 1日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本 |                                       |                                      |                                     |
|         | ③                                       | あなたご自身の睡眠で困っていることはありますか。  | <input type="checkbox"/> いいえ          | <input type="checkbox"/> はい                  | ( )  |                                       |                                      |                                     |
|         | ④                                       | ここ1か月間、あなたは睡眠で休養が充分とれていますか。   | <input type="checkbox"/> 充分とれている      | <input type="checkbox"/> まあまあとれている           | <input type="checkbox"/> あまりとれていない                     | <input type="checkbox"/> まったくとれていない   |                                      |                                     |
|         | ⑤                                       | 子育ては楽しいですか。   | <input type="checkbox"/> 楽しい          | <input type="checkbox"/> 大変なこともあるが楽しいことの方が多い | <input type="checkbox"/> 楽しいこともあるが大変なことの方が多い           | <input type="checkbox"/> とても大変        |                                      |                                     |
|         | ⑥                                       | お子さんのお母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか。  | <input type="checkbox"/> そう思う         | <input type="checkbox"/> どちらかと言えばそう思う        | <input type="checkbox"/> どちらかと言えばそう思わない                | <input type="checkbox"/> そう思わない       |                                      |                                     |
|         | ⑦                                       | 子育てについて気軽に相談できる人やサポートしてくれる人はいますか。   | <input type="checkbox"/> はい           | ( )  | <input type="checkbox"/> いいえ                           |                                       |                                      |                                     |
|         | ⑧                                       | 子育てにおいて「もう無理」「誰か助けて」と感じたことはありますか。   | <input type="checkbox"/> まったくない       | <input type="checkbox"/> ほとんどない              | <input type="checkbox"/> 時々ある                          | <input type="checkbox"/> いつもある        |                                      |                                     |
|         | ⑨                                       | 子どもの接し方など、育児で気になることがありますか。  | <input type="checkbox"/> いいえ          | <input type="checkbox"/> はい                  | ( )  |                                       |                                      |                                     |
|         | ⑩                                       | からだや気持ちの状態はいかがですか。  | <input type="checkbox"/> 心身ともに快調      | <input type="checkbox"/> からだはよいが精神的によくない     | <input type="checkbox"/> 精神的にはよいがからだの不調                | <input type="checkbox"/> 心身ともに調子が悪い   |                                      |                                     |
|         | ⑪                                       | 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。  | <input type="checkbox"/> はい           | <input type="checkbox"/> いいえ                 | <input type="checkbox"/> 何ともいえない                       |                                       |                                      |                                     |
|         | ⑫                                       | 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。  | <input type="checkbox"/> 感じない         | <input type="checkbox"/> 時々感じる               | <input type="checkbox"/> いつも感じる                        |                                       |                                      |                                     |
|         |   | (前の設問で「いつも感じる」もしくは「時々感じる」と回答した人に対して、) 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。 | <input type="checkbox"/> はい           | <input type="checkbox"/> いいえ                 |  |                                       |                                      |                                     |
|         | ⑬                                       | この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。   | <input type="checkbox"/> そう思う         | <input type="checkbox"/> どちらかと言えばそう思う        | <input type="checkbox"/> どちらかと言えばそう思わない                | <input type="checkbox"/> そう思わない       |                                      |                                     |
|         | ⑭                                       | 現在の暮らしの経済的状況を総合的にみて、どう感じていますか。  | <input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある     | <input type="checkbox"/> ややゆとりがある            | <input type="checkbox"/> 普通                            | <input type="checkbox"/> やや苦しい        | <input type="checkbox"/> 大変苦しい       |                                     |
|         | ⑮                                       | お子さんが大人同士のけんかや暴力を目撃することはありますか。  | <input type="checkbox"/> いいえ          | <input type="checkbox"/> はい                  |  |                                       |                                      |                                     |
|         | ⑯                                       | この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに✓印を付けて下さい。                                   | <input type="checkbox"/> しつけのし過ぎがあった  | <input type="checkbox"/> 感情的に叩いた             | <input type="checkbox"/> 乳幼児だけを家に残して外出した               | <input type="checkbox"/> 長時間食事を与えなかった | <input type="checkbox"/> 感情的な言葉で怒鳴った | <input type="checkbox"/> こどもの口をふさいだ |
|         |   |   | <input type="checkbox"/> こどもを激しく揺さぶった | <input type="checkbox"/> いずれも該当しない           |  |                                       |                                      |                                     |
| ⑰       | 浴室のドアには、こどもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。 | <input type="checkbox"/> はい   | <input type="checkbox"/> いいえ          |  |  |                                       |                                      |                                     |
| ⑱       | 保護者自身のことで相談したいことはありますか。(健康や家族関係など)      | <input type="checkbox"/> いいえ  | <input type="checkbox"/> はい           | ( )  |  |                                       |                                      |                                     |