

3歳児健康診査票

郵便番号

住所

フリガナ

氏名

性別

生年月日

地区

健管番号

記入例 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

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 幼稚園 その他・自宅 (就園予定先: / 時期 R . 月~)			
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。
(特記事項は空欄に記載)

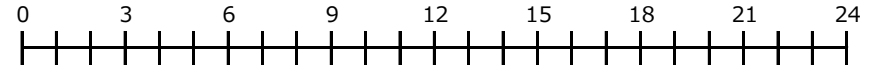
記入者 母・父・祖母・祖父・その他 ()

身体について	1	今までにかかった病気やけがはありますか。(例:アトピー性皮膚炎・喘息・停留精巣 など) (病気) (けが) <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 MR(麻しん、風しん)・水痘(水ぼうそう)()回・B型肝炎()回・日本脳炎()回
耳について	8	呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえにくいと思うときがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい*
	9	保育所の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえにくいといわれたことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい*
	10	話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい*
	11	あなたの言うことばの意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい*
12	同封の聴覚検査結果(○×)を表に記入してください。 いぬ くつ かさ ぞう ねこ いす <input type="checkbox"/> 未実施	

目について	13	同封の視力検査をしましたか。(注意) 上下左右の四方向で検査し、三方向以上正しければ「はい」です。 (1) 検査の方法を理解して検査が出来ましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (2) 小さい輪の切れ目が右目で見えましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (3) 小さい輪の切れ目が左目で見えましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	14	目つきや目の動きがおかしいことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	15	黒目が内側に寄る、外側や上側にずれることがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	16	極端にまぶしがることがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	17	ものを見るとき頭を傾けたり、横目で見たりしますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	18	黒目の中心が白っぽく見えますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	19	黒目の大きさが左右で違いますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	20	目が揺れていることがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	21	まぶたが下がっていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	22	運動面で気になることはありますか。 具体的に: 転びやすい・手先が不器用・物にぶつかりやすい・その他() <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	23	足を交互に出して階段をのぼりますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	24	クレヨンなどで丸(円)が書けますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	発達について	25
26		自分の名前が言えますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
27		3つの単語を続けて話せますか。(「○○ちゃん パナナ 食べたい」など) いいえの場合: 2語文・単語・その他() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
28		ことばについての心配はありますか。 具体的に: <input type="checkbox"/> 会話が續かない <input type="checkbox"/> 一方通行に自分の言いたいことだけを言う <input type="checkbox"/> 発音 <input type="checkbox"/> どもる <input type="checkbox"/> オウム返しが多い <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
29		ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
30		3歳から4歳までの多くのこどもは、「他のこ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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
31		気になるくせやこだわりがありますか。() <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
32		関係のない場面で、過去に覚えたCMのセリフなどをそのまま繰り返すことがありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
33		普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱しますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
34		次のことで気になることがあれば✓をつけてください。(あてはまるものすべてに✓印をつけてください) <input type="checkbox"/> 乱暴である <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人で同じ遊びばかりする <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい <input type="checkbox"/> かんしゃくを起す <input type="checkbox"/> おとなしすぎる <input type="checkbox"/> 集団に入りづらい <input type="checkbox"/> 神経質、几帳面すぎる <input type="checkbox"/> 座って食べない <input type="checkbox"/> 飛び出しや高い所に登るなど危険な行為を注意してもやめない <input type="checkbox"/> 他の子どもに興味がない <input type="checkbox"/> 極端にこわがったりおびえたりする <input type="checkbox"/> 指差して興味のあつものを伝えない

※裏面もご記入ください。

幼児氏名	フリガナ 氏名	生年月日	
------	------------	------	--

生活 につ いて	35	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)  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="text"/> . <input type="text"/> 時間 睡眠時間 (昼寝含む) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 時間 <input type="checkbox"/> 21時前の就寝
	36	朝食を毎日食べていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	37	食事についての心配がありますか。 <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 <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 ()
	38	間食の回数は1日何回ですか。 <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上 <input type="checkbox"/> 時間を決めている <input type="checkbox"/> 時間を決めていない
	39	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 <input type="checkbox"/> 菓子 (菓子の内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()
	40	毎日飲んでいる物の1日量を書いてください。 <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) <input type="checkbox"/> その他 (cc)
	41	排泄について心配なことがありますか。 具体的に: () <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	42	お子さんのかかりつけの医師はいますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	43	お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	歯 につ いて	44
45		指しゃぶりをしますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
46		よく噛んで食べていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
47		お子さんはむし歯予防のために 歯科医院に定期的 (3~6か月毎) に受診をしていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
48		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)

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

保 護 者 に つ い て	49	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="text"/> <input type="text"/> 本
	50	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="text"/> <input type="text"/> 本
	51	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 ()
	52	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
	53	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
	54	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
	55	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
	56	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
	57	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 ()
	58	からだや気持ちの状態は <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 いかがですか。 <input type="checkbox"/> 何とも言えない ()
	59	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
	60	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
	61	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
	62	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
	63	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
64	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"/> いずれも該当しない	
65	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 ()	

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