

5歳児健康診査票

郵便番号

記入例 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

住所

健管番号

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ふりがな

名前

性別 男・女

健康診査日

令和 年 月 日

生年月日

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 月	電話番号	
保育状況	() 保育園 こども園 幼稚園 ・ 自宅 ・ その他 ()				
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	3歳児健康診査で異常等を指摘されましたか。 どんな ()	□ いいえ □ はい
		(前の設問で「はい」と回答した人に対して、) 医療機関で精査や治療等を受けましたか。	□ はい □ いいえ
	2	今、治療中または経過観察中の病気はありますか。 (病名 () (医療機関 ())	□ いいえ □ はい
運動・感覚器・情緒について	3	発育や発達に関する支援・相談を利用していますか。 利用中 ()	□ いいえ □ はい
	4	片足で5秒以上、立つことができますか。	□ はい □ いいえ
	5	ボタンのかけはずしができますか。	□ はい □ いいえ
	6	お手本を見て四角が書けますか。	□ はい □ いいえ
	7	はっきりした発音で話ができますか。 (カ行/サ行がタ行に置き換わったり不明瞭な発音がありませんか)	□ はい □ いいえ
	8	目のことで気になる症状はありますか。	□ いいえ □ はい
	9	聞き間違いが多いですか。	□ いいえ □ はい
	10	しりとりができますか。	□ はい □ いいえ
	11	じゃんけんの勝ち負けがわかりますか。	□ はい □ いいえ
	12	言葉で自分の要求や気持ちを表し、会話をすることがうまくできますか。	□ はい □ いいえ
	13	カッとったり、かんしゃくをおこしたりする事がよくありますか。	□ いいえ □ はい
	14	注意しても全く聞かないですか。	□ いいえ □ はい

運動・感覚器・情緒について	15	長い時間でも、落ち着いてじっとしていることができますか。	□ はい □ いいえ																		
	16	すぐに気が散りやすく、注意を集中できないですか。	□ いいえ □ はい																		
	17	順番を待つことが出来ますか。	□ はい □ いいえ																		
	18	ルールに従って遊ぶことが苦手ですか。	□ いいえ □ はい																		
	19	生活や遊びの中で特定の物や動作にこだわりが強いですか。	□ いいえ □ はい																		
	20	集団生活では、友達と一緒に遊んだり、行動することができますか。	□ はい □ いいえ																		
	21	友達と協力しあう遊びができますか。(砂で一つの山を作るなど)	□ はい □ いいえ																		
	22	自分からすすんでよく他人を手伝いますか。(親・先生・子どもたちなど)	□ はい □ いいえ																		
生活習慣について	23	頭がいたい、お腹がいたい、気持ちが悪いなどと、よく訴えますか。	□ いいえ □ はい																		
	24	一人であるのが好きで、一人で遊ぶことが多いですか。	□ いいえ □ はい																		
	25	外で体を動かす遊びをしますか。	□ はい □ いいえ																		
	26	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) <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">6</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">12</td><td style="width: 20px;">15</td><td style="width: 20px;">18</td><td style="width: 20px;">21</td><td style="width: 20px;">24</td> </tr> <tr> <td colspan="9" style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- </td> </tr> </table> </div> <div> <p style="font-size: small;">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 <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> 時間</p> <p style="font-size: small;">睡眠時間 (昼寝含む) <input style="width: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> 時間</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 21時前の就寝</p> </div> </div>	0	3	6	9	12	15	18	21	24	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----									
	0	3	6	9	12	15	18	21	24												
	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----																				
	27	朝食を毎日食べますか。	□ はい □ いいえ																		
	28	ふだん大人を含む家族と一緒に食事を食べますか。	□ はい □ いいえ																		
	29	食事についての心配がありますか。 <input type="checkbox"/> ない ここは記入しないでください→ <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> ある { 好き嫌い・食べすぎ・あまり食べない・時間がかかる・丸のみする・食物アレルギー ジュース類が多い・その他 ()																			
	30	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																			
31	定期的に歯科検診を受けていますか。	□ はい □ いいえ																			
32	うんちをひとりですますか。	□ はい □ いいえ																			
33	5歳になる前までに受ける予防接種は終了していますか。	□ はい □ いいえ																			
34	テレビやスマートフォンなどを長時間見せないようにしていますか。	□ はい □ いいえ																			
35	寝る直前にテレビや動画を観ますか。	□ いいえ □ はい																			
36	お子さんの睡眠で困っていることがありますか。()	□ いいえ □ はい																			

幼児氏名		生年月日	
------	--	------	--

生活習慣について	37	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	
	38	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	
	39	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 []							
	40	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							
	41	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							
	42	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"/> 何ともいえない	<input type="checkbox"/> いいえ				
	43	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					
	44	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							
	45	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					
	46	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							
	47	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							
	48	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					
	49	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							
50	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"/> ない <input type="checkbox"/> ある []								
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、教育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。

保護者署名 _____