

1歳6か月児健康診査受診票

	新生児	4か月	6か月	10か月	1.6歳	3歳
受診						

記入例

✓0123456789

受診日

令和

年

月

日

ふりがな											
氏名				第 子		歳 か月					
住所				TEL							
保育状況		自宅 ・ () 保育園 こども園 ・ () 託児所 ・ その他()									
同居家族	続柄	父	氏名	() 歳	職業	() 健康・否	母	氏名	() 歳	職業	() 健康・否
			男・女	年 月 日生	健康・否		男・女	年 月 日生	健康・否		
			男・女	年 月 日生	健康・否		男・女	年 月 日生	健康・否		
			男・女	年 月 日生	健康・否		男・女	年 月 日生	健康・否		

問診票は、主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。
当てはまる□に✓を、選択肢に○を、() 内は記入して下さい。

記入者

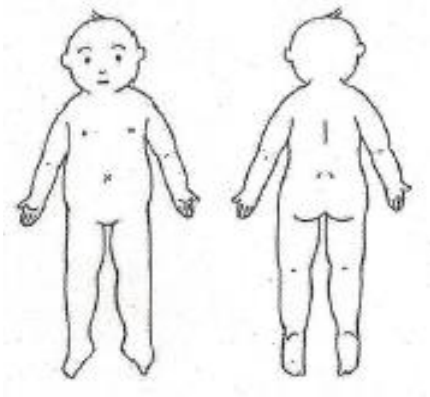
母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他 ()

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)	☐ ない	☐ ある
	②	今までに事故やけがはありますか (いつ) (どこで) (どんな)	☐ ない	☐ 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)	☐ ない	☐ ある
	④	けいれんを起こしたことがありますか	☐ ない	☐ ある
	⑤	アレルギー性の病気にかかったことがありますか アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・じんましん・食物アレルギー・喘息・その他 ()	☐ ない	☐ ある
	⑥	目が良く見えない、極端にまぶしがる、黒目が片寄るなど目についての心配がありますか	☐ ない	☐ ある
	⑦	耳の聞こえが悪いと思ったことがありますか	☐ ない	☐ ある *
	⑧	「聞こえの検査」のささやき声について 実施方法については別紙「1歳6か月児健康診査のご案内」をご覧ください	名前 ☐ 振り向いた ☐ 振り向かない ☐ 分からない ☐ 未実施 シー ☐ 振り向いた ☐ 振り向かない ☐ 分からない ☐ 未実施	
	⑨	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の音楽や番組のテーマ音楽などに振り向きますか	☐ いいえ	☐ はい
	⑩	医師の診察で特に見てもらいたいことがありますか ()	☐ ない	☐ ある
	⑪	済んだ予防接種 ヒブ(1回・2回・3回・追加) /肺炎球菌(プレベナー) (1回・2回・3回・追加) /BCG 4種混合 (1回・2回・3回・追加) /MR (1期) /水痘(1回) /B型肝炎(1回・2回・追加)	☐ 全て接種済	☐ 全て未接種
発達について	①	ひとりで上手に歩けますか	☐ はい (歩行開始 歳 か月)	☐ いいえ
	②	鉛筆でなぐり書きができますか	☐ はい	☐ いいえ
	③	自分でコップを持って水を飲みますか	☐ はい	☐ いいえ
	④	スプーンやフォークを持って食べようとしますか	☐ はい	☐ いいえ
	⑤	何かに興味を持ったとき、指をさして伝えようとしますか	☐ はい	☐ いいえ *
	⑥	あなたが部屋の中の離れたところにあるおもちゃを指でさすと、お子さんはその方向を見ますか	☐ はい	☐ いいえ *

⑦	何かほしいものがあるとき、指をさして要求しますか いいえの場合 あてはまるものすべてに✓を付けてください	☐ はい ☐ いいえ *
	☐ 大人の手を 持っていく ☐ ことばで言う ☐ 自分で取り 大人に言わない ☐ 要求しない	
⑧	あなたに見て欲しい物がある時、それを見せに持ってきますか 正しい例 ○ ※興味を持ったものを保護者と共有しようともってくる 違う例 × ※何か手助けを求めてもってくるのは、ここでは含まない	☐ はい ☐ いいえ *
⑨	絵本などで「犬(ワンワン)はどれ?」「車(ブーブ)はどこ?」と問うと指をさしてこたえますか	☐ はい ☐ いいえ
⑩	大人のいう言葉の意味がわかりますか(おいで、ちょうだい、ねんね等)	☐ はい ☐ いいえ *
⑪	目の前に無い物をことばだけの指示で、「～を持ってくる」というと応じられますか	☐ はい ☐ いいえ
⑫	意味のある言葉(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 ()	☐ はい ☐ いいえ
⑬	しゃべり始めていたことばを話さなくなったということがありますか	☐ ない ☐ ある
⑭	あなたが名前を呼ぶと反応しますか	☐ はい ☐ いいえ *
⑮	他の子どもに興味がありますか	☐ はい ☐ いいえ *
⑯	あなたのすることをマネしますか(たとえば口をとがらせてみると、顔まねをしようとしますか)	☐ はい ☐ いいえ *
⑰	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 ※いつもと違うことがあった時に、安全か、さわって大丈夫かなど、親の表情を確かめる	☐ はい ☐ いいえ *
⑱	人見知りや後追いがありましたか	☐ はい ☐ いいえ
⑲	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) ☐ 視線が合いにくい ☐ 呼んでも 戻ってこない ☐ 一人遊びが多い ☐ 甘えてこない ☐ よく動き回る ☐ おとなしすぎる ☐ 落ち着いて 座って食べない ☐ 寝つきが悪い ☐ 夜泣きがある ☐ 新しい場面がすごく苦手	
⑳	育てにくさを感じますか	☐ いいえ ☐ はい ☐ どちらともいえない
㉑	お子様の発達について心配がありますか ()	☐ いいえ ☐ はい

※裏面もご記入ください。

		ふりがな 氏名			
保護者の健康について	①	子育ては楽しいですか ☐ 楽しい ☐ 大変なこともあるが楽しいことの方が多い ☐ 楽しいこともあるが大変なことの方が多い ☐ とても大変			
	②	お子さんのお母さん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 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 何ともいえない			
	③	からだや気持ちの状態は ☐ 心身ともに快調 ☐ からだはよいが精神的によくない ☐ 精神的にはよいが、からだが不調 ☐ 心身ともに調子が悪い ☐ 何ともいえない ()			
	④	育児に協力してくれる人はいますか ☐ はい (配偶者・親や兄弟・友人・その他 ()) ☐ いいえ			
	⑤	子どもの接し方など、育児で気になることがありますか ☐ ない ☐ ある ()			
	⑥	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) ☐ ない ☐ ある ()			
	⑦	あなたや家族が虐待をしていると思うことがありますか ☐ いいえ ☐ はい ☐ どちらともいえない			
食生活・歯について	①	お子さんの1日の生活リズムを書いてください (起床・昼寝・就寝・食事・おやつなど) 0 3 6 9 12 15 18 21 24 ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ☐ 21時前の就寝 お子さんのテレビや動画、タブレット、スマートフォン等の使用時間 () 時間			
	②	1日1食は家族と一緒に食事をしていますか ☐ はい ☐ 時々 ☐ いいえ			
	③	食事についての心配がありますか ☐ ない ☐ 過食 ☐ ある ⇒ ☐ 偏食 ☐ 少食 ☐ むら食い ☐ 噛み方 ☐ アレルギー ☐ その他 ()			
	④	間食はどのように与えていますか ☐ 与えていない⇒⑦へ ☐ 時間を決めている ☐ 時間を決めていない			
	⑤	間食の回数は1日何回ですか ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回以上 ☐ その他 ()			
	⑥	よく食べるおやつはどんなものですか ☐ 果物 ☐ 乳製品 ☐ パン ☐ いも類 ☐ 手作りおやつ ☐ 菓子 (菓子の内容:) ☐ その他 ()			
	⑦	毎日飲んでいる物の1日量を書いてください ☐ 牛乳 (cc) ☐ ジュース (cc) ☐ 乳酸菌飲料 (cc) ☐ イオン飲料 (cc) ☐ お茶類・水 (cc) ☐ その他 (cc)			
	⑧	現在哺乳瓶を使っていますか ☐ いいえ ☐ はい			
	⑨	母乳を飲ませていますか ☐ いいえ ☐ はい			
	⑩	大人が仕上げみがきをしていますか ☐ はい (いつ) ☐ いいえ			
	⑪	指しゃぶりやおしゃぶりをしますか ☐ いいえ ☐ はい			
		フッ化物歯面塗布について フッ化物については、別紙「1歳6か月児健康診査のご案内」裏面をご覧ください ☐ フッ化物歯面塗布を希望する ☐ 希望しない			

ここは記入しないでください																																		
体重				Kg	身長					cm																								
頭囲				cm	胸囲					cm																								
					乳児肥満度					%																								
内科診察所見 1																																		
内科診察所見 2																																		
内科診察所見 3																																		
内科診察結果																																		
☐ 異常なし					☐ 助言指導	☐ 経過観察																												
					☐ 要治療	☐ 要精密検査																												
診察医師名																																		
生歯			本	未処置歯			本	処置歯			本	歯科総合判定																						
罹患型	☐	O 1	☐	O 2	☐	A	☐	B	☐	C																								
歯の汚れ	☐	きれい	☐	ふつう	☐	きたない	<table border="1"><tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr><tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr></table>								E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																									
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																									
軟組織疾患	☐	なし	☐	L型	☐	S型																												
不正咬合	☐	なし	☐	反対咬合	☐	上顎前突	☐	開咬	☐	そう生	☐	正中離開	☐	その他																				
その他の異常	☐	上唇小帯付着異常	☐	ゆ合歯	☐	先欠	☐	エナメル質形成不全	☐	その他	☐ その他																							
歯科指導	☐	要清掃	☐	要治療	☐	食事指導	☐	歯列咬合要注意	☐	その他	☐ その他 ・切端咬合 ・交叉咬合 ・過蓋咬合 ・破折 ・外傷 ・歯石 ・舌小帯 ・矮小歯																							
相談結果	☐	事後			☐	心理相談	☐	栄養相談																										
判定		区分	☐	なし	☐	発達	☐	身体	☐	発達+身体	☐	育児																						
受動喫煙防止	☐	はい	☐	いいえ	サイン	歯科衛生士																												
浴室入室防止	☐	はい	☐	いいえ		☐	該当しない	栄養士																										
事故防止	☐	はい	☐	いいえ		保健師																												
食物アレルギー	☐	なし	☐	あり																														
下記にご記入ください。																																		
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																																		