

3歳児健康診査受診票

	新生児	4か月	6か月	10か月	1.6歳	3歳
受診						

記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 受診日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名	男・女 R		年 月 日 生	
	第 子		歳 か月	
住所	TEL			
保育状況	自宅・() 保育園 こども園 幼稚園・() 託児所・その他()			
就園予定	() 保育園 こども園 幼稚園・() 託児所 / 時期(R 月~)			
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れている方が記入して下さい。
 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 今までに事故やけがはありますか (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はありますか (病名) (医療機関) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
	④ 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 アレルギー性の病気にかったことがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()
	⑥ 呼んでも返事をしなかったり、聞き返したり、聞こえが悪いと思うときがありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある*
	⑦ 同封の聴覚検査をしましたか 検査結果を右表に記入して下さい
	⑧ 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
	⑨ 済んだ予防接種 BCG / 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) / 4種混合(1回・2回・3回・追加) / MR(1期) / 水痘(水ぼうそう)(1回・2回) <input type="checkbox"/> 全て接種 <input type="checkbox"/> 全て未接種
目 に つ い て	① 同封の視力検査をしましたか (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両目で見えましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (3) 小さい輪の切れ目が右目で見えましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (4) 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 (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。



目 に つ い て	② 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	
	③ 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	
	④ 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	
	⑤ 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	
	⑥ 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	
	⑦ 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	
	⑧ 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	
	⑨ まぶたが下がっていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	発 達 に つ い て	① 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
		② 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
		③ 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
		④ 衣類の着脱など身の回りのことを自分でしようとするか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		⑤ 自分の名前が言えますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 3つの単語を続けて話せますか(「○○ちゃん バナナ 食べたい」など) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ* いいえの場合: 2語文・単語・その他()		
⑦ ことばについての心配はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 具体的に: <input type="checkbox"/> 会話が続かない* <input type="checkbox"/> 会話が一方的でかみ合わない* <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()		
⑧ 家族や友達とままごとなどの役割のあるごっこ遊びができますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ*		
⑨ CMなどをそのままの言葉で繰り返す言う <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい*		
⑩ 同じ質問をしつこくする <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい*		
⑪ 普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい*		
⑫ 次のことで気になることがあれば✓をつけてください(あてはまるもの全てに✓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"/> こたわりがある <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"/> 気になるくせがある <input type="checkbox"/> かんしゃくを起す <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"/> 指差して興味のあるものを伝えない* <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		
⑬ 育てにくさを感じますか () <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> どちらともいえない		
保 護 者 の 健 康 に つ い て	① 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	
	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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 何ともいえない	
	③ 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"/> 何ともいえない()	

※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

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

生活について

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きますか 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

ある ⇒ 偏食 少食 むら食い 過食
 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 時間を決めていない

時間を決めている

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 排泄について心配なことがありますか
具体的に: () ない ある

歯について

① 大人が仕上げみがきをしていますか はい いいえ

② 指しゃぶりをしますか いいえ はい

③ 現在まで、歯科医院でのフッ化物歯面塗布回数 回

④ 本日、フッ化物歯面塗布を 希望する 希望しない

<フッ化物歯面塗布の注意点>
・きれいに歯を磨いてからお越しください
・フッ化物歯面塗布後30分間は、うがい・飲食はしないでください。

ここからは記入しないでください

体重 Kg 身長 cm 尿 PH 尿蛋白

頭囲 cm 幼児肥満度 % 尿糖 尿潜血

内科診察所見1 耳鼻咽喉科診察結果

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

眼科問診判定 診察医師名

眼科屈折検・右 異常なし 異常あり

眼科屈折検・左 異常なし 異常あり 眼科視力判定 眼科総合判定

生歯 本 未処置歯 本 処置歯 本

罹患型 O A B C1 C2

歯の汚れ きれい ぶつ きたない

軟組織疾患 ない 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

保護者の処置歯 3本以下

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

良い歯のコンクール診査希望 有 無

歯科指導 要清掃 要治療 食事指導 歯列咬合要注意 その他 歯科総合判定

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

浴室入室防止 はい いいえ 該当しない

事故防止 はい いいえ

サイン

歯科衛生士

栄養士

臨床心理士

保健師