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			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　年 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っ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	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	□ ない　□ 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	□ はい　□ いいえ
⑧	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
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）	□ 全て接種 □ 全て未接種

	いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす
１回目						
２回目						

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	□ はい　□ いいえ
	（２）小さい輪の切れ目が両目で見えましたか	□ はい　□ いいえ
	（３）小さい輪の切れ目が右目で見えましたか	□ はい　□ いいえ
	（４）小さい輪の切れ目が左目で見えましたか	□ はい　□ 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。	□ いいえ　□ 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。	□ いいえ　□ はい
④	極端にまぶしがることがありますか。	□ いいえ　□ 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。	□ いいえ　□ はい
⑥	黒目の中心が白っぽく見えますか。	□ いいえ　□ はい
⑦	黒目の大きさが左右で違いますか。	□ いいえ　□ はい
⑧	目が揺れていることがありますか。	□ いいえ　□ はい
⑨	まぶたが下がっていますか。	□ いいえ　□ 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（　）	□ いいえ　□ はい
②	足を交互に出して階段をのぼりますか	□ はい　□ いいえ
③	クレヨンなどで丸（円）が書けますか	□ はい　□ 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しますか	□ はい　□ いいえ
⑤	自分の名前が言えますか	□ はい　□ 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） いいえの場合： ２語文 ・ 単語 ・ その他（　）	□ はい　□ いいえ＊
⑦	ことばについての心配はありますか 具体的に： □ 会話が続かない＊　□ 会話が一方的でかみ合わない＊　□ 発音　□ どもる　□ オウム返しが多い＊　□ その他（　）	□ いいえ　□ はい
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	□ はい　□ いいえ＊
⑨	CMなどをそのままの言葉で繰り返し言う	□ いいえ　□ はい＊
⑩	同じ質問をしつこくする	□ いいえ　□ はい＊
⑪	普段通りの状況や手順が急に変わると、混乱する	□ いいえ　□ 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） □ 乱暴である　□ 落ち着きがない　□ 一人で同じ遊びばかりする　□ 視線が合いにくい＊　□ こだわりがある □ おとなしすぎる　□ 集団に入りづらい　□ 神経質、几帳面すぎる　□ 気になるくせがある　□ かんしゃくを起す □ 他の子どもに興味がない＊　□ 極端にこわがったりおびえたりする　□ 指差しで興味のあるものを伝えない＊　□ 座って食べない　□ 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 どのようなことですか（　）	□ いいえ　□ はい　□ 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	□ 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いかがですか	□ 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　□ 何とも言えない（　）

※裏面もご記入ください。

R07.02.a

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 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			□ 21時前の就寝
	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 □ ある ⇒ □ 偏食 □ 少食 □ むら食い □ 過食 □ 噛み方 □ アレルギー □ その他（ ）			□ ない
	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 □ 手作りおやつ	□ 果物 □ 菓子（菓子の内容: ）	□ 乳製品 □ その他（ ）	□ パン □ いも類
	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 ＜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。また、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。		□ 希望する	□ 希望しない

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。

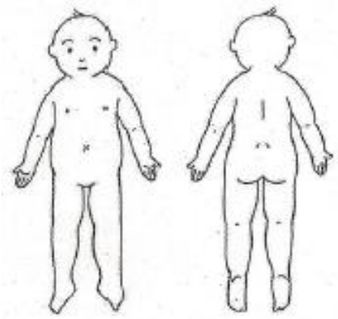
保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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 □□ □□
内科診察所見２ □□ □□
内科診察所見3 □□ □□
内科診察結果 □□
耳鼻咽喉科診察結果 □□

□ 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 □ ふつう □ きたない
軟組織疾患 □ ない □ L型 □ S型
・切端咬合 ・過蓋咬合 ・歯石 ・舌小帯
・交叉咬合 ・外傷 ・破折 ・矮小歯
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	

R07.02.a