

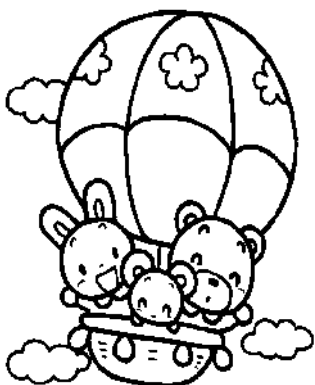
# 耳の聞こえを確かめましょう

## ～「ささやき声検査」の勧め～

耳の聴こえはことばや知能の発達にとって、とても大切なはたらきをしています。日頃から耳の聴こえが悪い場合、言葉の理解が遅れたり、発音が不明瞭であるといったことが子どもの成長とともに現れてきます。できる限り早期に耳の聴こえを確認することがお子さんの成長にとっても重要となります。聴力に異常がない場合でも中耳炎などで一時的に聞こえが悪くなる場合もありますので、ご家庭で定期的に聞こえを確認していただくことも大切です。

「音に反応する」「名前を呼んだら振り向く」といったお子さんの中からも難聴のお子さんは見つかっています。そのため、お子さんの耳の聞こえを確認して頂くために「ささやき声検査」の実施と「耳の聞こえに関するアンケート」の記入をお願いしています。

ささやき声検査は、2歳6か月児健診までの間に行い、裏面のアンケート用紙を2歳6か月時健診を受診される時に持参して下さい。



実施結果は2歳6か月児健診で確認させていただきます。検査後、お子さんの耳の聴こえで心配なことや検査の方法などで不明な点があれば、健康推進課まで早めにご相談下さい。

ささやき声検査を行いその結果をご記入のうえ、2歳6か月児健康診査の際にご持参ください。実施方法は次のページを参照ください。

## お子さんの耳に関するアンケート

記入日 月 日 お名前( )

お子さんについて当てはまるところを○で囲んでください。

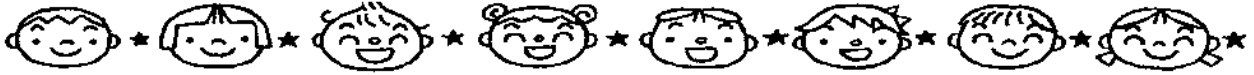
質 問 事 項	お 答 え	
1. 家族、親戚の方に、小さいときから耳の聞こえにくい方、聞こえない方がいますか。	いいえ	はい
2. 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。	いいえ	はい
3. ふだん鼻づまり、鼻水を出す、口で息をしている、いずれかがありますか。	いいえ	はい
4. 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえにくいと思う時がありますか。	いいえ	はい
5. 園の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえにくいと言われたことがありますか。	いいえ	はい
6. 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか。	いいえ	はい
7. 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事がありますか。	いいえ	はい



※ささやき声検査でお子さんが指さし出来たものに○を付けて下さい。

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

< 保健師確認日 月 日 >



## ささやき声検査の方法

- 1、裏面の絵シートをご使用ください。  
絵シートをお子さんの方向に向けて置き、お母さんとお子さんが1メートルくらい離れ、向かい合って座ります。
- 2、「この絵の中の名前を言うから、ぴったりの絵を指してね。」とお子さんに言って、普通の声（会話をする時の声）で、絵シートの表示した絵の名前を言い、お子さんが6個の絵を全て正しく指せるようにします。
- 3、「今度は小さな声で絵の名前を言うから、よく聞いて指してね。」と、お子さんに言って、口元を見せないように手などで隠し、絵の名前を、ささやき声で1回言い、正しく指させればアンケートの下の表に○、正しく指させなければ×を記入します。同じことを6個の絵についてそれぞれ行ってください。

### ※検査の注意事項

- 絵の名前を言うのは1回だけです。聞き返されても、繰り返し言わないでください。また、ささやき声が大きくなるよう注意してください。
- 検査はテレビを消して、静かな環境で行うようにしてください。

### ☆ささやき声の出し方☆

息を出すだけの感じで、内緒話のようにささやきます。普通の声は、のど（のどぼとけ）に手をあてた時、指に振動が感じられますが、内緒話のようにささやくと振動は感じません。この状態がささやき声です。

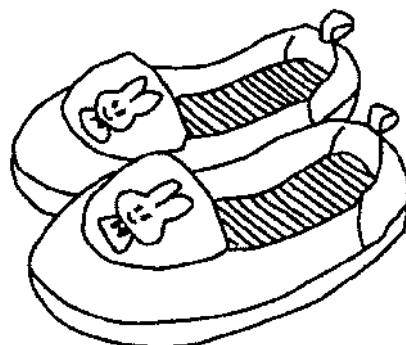


# 絵シート

いぬ



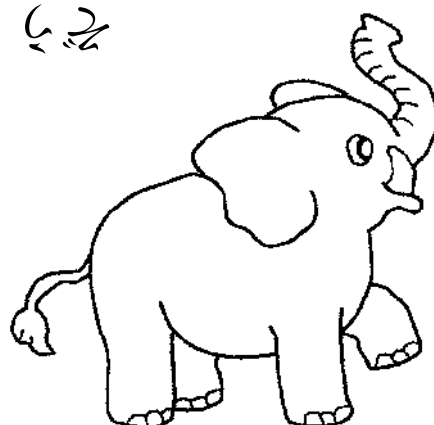
くわ



かさ



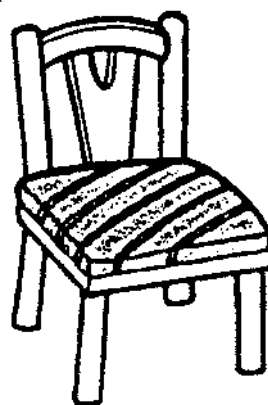
ぞう



ねこ



いす



# 2歳6か月児健康診査質問票

フリガナ  
お子さんのお名前

生年月日 年 月 日 月齢 歳 か月

一般 状 態	生活のリズム	生活のリズムは整っていますか。(はい・いいえ)								
		昼寝の時間	時～ 時 時間							
		テレビ・DVD・スマートフォン・タブレットをどのくらい見ていますか。( ) 時間								
		家庭の生活時間(食事、起床、就寝、昼寝など)を具体的に書いてください。								
		0	3	6	9	12	15	18	21	24
	起床時間	時	分	就寝時間	時	分				
	食事・栄養	スプーンやはしで食事をしますか。(はい・いいえ)								
	食欲(有・無)	偏食(有・無) (嫌いな物 )								
	食事回数	回	朝食について(毎日食べている・時々食べる・食べない)							
	排泄	便	回	性状(良・否)	尿	回				
1才8か月頃 から現在まで の病気	(無・有) 病名	いつから	かかっている病院名							
	・体で気になるところがありますか。(下痢しやすい・よく熱をだす・かぜをひきやすい・かぜをひくと ぜいぜいがとれにくい・その他 )									
	ひきつけ(無・有	回)	→ 熱(有・無)							
あなたのお子さんについて、次の質問のそれぞれにどちらかあてはまる方の答えに○をつけてください。										
○目に関して心配なことはありますか。 具体的にどのようなことが心配ですか。				(いいえ・はい)						
( )										
○耳に関して何か心配なことはありますか。 具体的にどのようなことが心配ですか。				(いいえ・はい)						
( )										
○走ることができますか。				(はい・いいえ)						
○最近ころびやすいですか。				(いいえ・はい)						
○階段を手すりを持って昇り降りできますか。				(はい・いいえ)						
○言葉の数は増えていますか。				(はい・いいえ)						
○2つ～3つの単語が続けて話せますか。				(はい・いいえ)						
具体的に書いて下さい。( )										
○「ナニ」または「コレナニ」の質問をよくしますか。				(はい・いいえ)						
○簡単な質問(「パパどこへいったの」など)に答えることができますか。				(はい・いいえ)						
○人形を抱いて遊んだり、車をブーブーと言って動かしますか。				(はい・いいえ)						
○大きい小さいということがわかりますか。				(はい・いいえ)						
○何でも自分でしがりますか。				(はい・いいえ)						
○簡単な服は自分で脱ごうとしますか。				(はい・いいえ)						
○ボタンをはめたりしますか。				(はい・いいえ)						
○友達のところへ行きたがりしますか。				(はい・いいえ)						
○夜、自分の布団で寝ますか。				(ねる・ねない)						
○遊び場はありますか。				(はい・いいえ)						
具体的に書いて下さい。( )										
○現在こども園、保育園、幼稚園に通っていますか。(園名				いつから 年 月～)						
○お子さんは普段どんなことをして遊んでいますか。				(はい・いいえ)						
具体的に書いて下さい。( )										
☆特に気になることや、心配なことはありますか。				(いいえ・はい)						
具体的に書いて下さい。( )										

お子さんの歯やおやつについてお伺いします。当てはまる項目に○をしてください。

- 仕上げ磨きを保護者の方がしていますか。 1. 毎日している 2. 時々 3. していない
- いつ磨いていますか。 1. 朝 2. 昼 3. 晩 4. 間食後
- 寝る前や夜中に何か飲みますか。 1. 水・お茶 2. それ以外 (牛乳・母乳・ジュース・その他 ( ))
- おやつ (菓子・スナック類) について  
一日のおやつは何回ですか。 ( ) 回  
内容 (多い順に) ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_  
与え方 1. 時間を決めて 2. ほしがればその都度
- 飲み物の内容  
(お茶を含めて多い順に) ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_  
ジュース (イオン飲料・乳酸菌飲料・果汁・野菜ジュースなど) を飲む回数  
1. 毎日: 1日 ( ) 回 2. 週2~3回 3. 週1回 4. ほとんど飲まない
- 家庭で使っているフッ素はどのようなものですか。  
1. 歯磨き粉 2. スプレー 3. ジェル 4. その他 5. 使っていない
- かかりつけの歯科医を持っていますか。 1. はい (定期受診・必要時) 2. いいえ
- フッ素塗布を受けていますか。 1. 最新塗布日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 2. 受けていない
- 今日の歯科健診でフッ素を塗りますか。 ※市の健診ではフッ素塗布の間隔を6か月としています。  
1. 塗る 2. 塗らない
- 生えていた歯が、ぐらぐらしたり抜けたことはありますか。 1. はい 2. いいえ
- 子どもさんの歯について聞きたいことはありますか。
- ご家族 (祖父母など) は、お子さんにおやつを与えることが1週間に何回ありますか。  
1. 6~7回 2. 4~5回 3. 2~3回 4. 0~1回 5. ない

お母さんお父さん自身についてお伺いします。

- お母さんの体調はいかがですか。  
1. よい 2. 疲れやすい 3. 眠れない 4. 食欲がない 5. よくない 6. その他 ( )
- 定期的に健診や子宮がん検診を受けていますか。  
1. はい 2. いいえ
- 赤ちゃん (子ども) のいる生活はいかがですか。  
1. 毎日が楽しい 2. 負担が増えたが育児は楽しい 3. 負担が増え疲れる  
4. よくイライラしている 5. 子どもをかわいいと思えず負担 6. 自分の時間がなくなり苦痛  
7. その他 ( )
- あなたのお子さんはどのようなお子さんですか。  
1. 育てやすい 2. 手がかかり育てにくい 3. よくわからない
- 2、3時間の間、子どもをあずけられるところがありますか。  
1. お願いできる人や場所がある 2. 前もって頼めば、お願いできる 3. 特にない
- 子育ての協力者や、あなたが悩んでいるときに相談にのってくれる人はいますか。  
1. いる 2. 特にない
- 子育てをされていて、お子さんをたたくことがありますか。  
1. はい → どんな時ですか? ①ことばで言っても聞かないとき  
②食事の困り事  
遊び食べ・食べこぼし・偏食・手づかみ・その他 ( )  
③トイレの失敗 ④夜泣き ⑤きょうだいゲンカ  
⑥親がイライラしているとき ⑦その他 ( )
2. いいえ  
3. どちらともいえない
- お母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください。  
(健康的な不安、心に悩みを持っている、家事や仕事が忙しい、経済的な心配、パートナーとの関係、祖父母との関係、介護など)