

# 1歳8カ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 カ月

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	哺乳ビンの使用(有・無) 卒乳(完了・未完了) 偏食(有・無) 離乳食は完了しましたか。(完了・未完了) 食欲(有・無) スプーンやフォークで食物を口にはこびますか。(はい・いいえ) 食事回数 回 食物を飲みこまずいつまでも口の中に残ることが多いですか。(いいえ・はい) コップや茶わんで自分で飲みますか。(はい・いいえ)	
	排 泄	便 回 性状(良・否)	尿 回
10カ月頃から 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。(いいえ・はい)		具体的などのようなことが心配ですか。( )	
○耳に関して何か心配なことはありますか。(いいえ・はい)		・名前を呼んでも振り向かないことがたびたびありますか。(いいえ・はい)	
		・大人がやかましいと感じる音でも平気でいますか。(いいえ・はい)	
○戸外でもしっかり一人で歩けますか。( 才 カ月) (はい・いいえ)		○手を引いてやると階段が上がれますか。(はい・いいえ)	
○「お花どれ」「犬はどこ」と問いかけると指差しをしますか。(はい・いいえ)		○「～を持ってきて」等の言葉に応じられますか。(はい・いいえ)	
		○身近な人(お母さん等)に遊んでもらいたがりますか。(はい・いいえ)	
○何か欲しいものがあるとき指差しをしますか。(はい・いいえ)		○人をみて意味のあることばで呼びかけますか。(はい・いいえ)	
○言葉をいくつか話しますか。(はい・いいえ)		具体的に書いて下さい。( )	
○普段お子さんはどんなことをして遊んでいますか。( )		具体的に書いて下さい。( )	
○車や人形をそれらしく遊ぶことができますか。(できる・できない)		○相手になって遊んでやると喜びますか。(はい・いいえ)	
		○他の子に関心がありますか。(はい・いいえ)	
○なぐり書きをしますか。(はい・いいえ)		○自分でやりたがることはありますか。(はい・いいえ)	
		○大人のすることのマネをしますか。(はい・いいえ)	
		○お母さんの話しかけと関係なく勝手に動き回ることが多いですか。(いいえ・はい)	
○現在保育園、幼稚園に通っていますか。(園名 年 月～) (はい・いいえ)			
○今までにできていたことができなくなったなどという赤ちゃん返りのようなことがありますか。 ない・ある(具体的に) ( )			
☆特に気になることや、心配なことはありますか。 ない・ある(具体的に) ( )			

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
- 子育てをしていて、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
- 現在、あなた (お母さん) は喫煙をしていますか。 1. なし 2. あり (1日 本)
- 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。 1. なし 2. あり (1日 本)
- 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)

## 《 1歳8カ月児健診 質問票 》

問1 保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。

- 1. 仕上げ磨きをしている（子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている）
- 2. 子どもが自分で磨かずに保護者だけで磨いている
- 3. 子どもだけで磨いている
- 4. 子どもも保護者も磨いていない

問2 この地域で今後も子育てをしていきたいですか。

- 1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない

問3 お子さんのお父さんは、育児をしていますか。

- 1. よくやっている 2. 時々やっている 3. ほとんどしない 4. 何ともいえない

問4 浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。

- 1. はい 2. いいえ 3. 該当しない

問5 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。

- 1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない

問6 ①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。

- 1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない

↳ ②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。

- 1. はい 2. いいえ

問7 1歳半から2歳頃までの多くの子どもは「何かに興味を持った時に、指さしで伝えようとする」ことを知っていますか。

- 1. はい 2. いいえ

問8 この数カ月間の間に、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○をつけてください。

- 1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した
- 4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. 子どもの口をふさいだ
- 7. 子どもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない

この質問票は、“すべての子どもが健やかに育つ社会を目指す”国の計画「健やか親子21（第2次）」の評価等で活用されます。市の質問票と重複する項目がありますがご了承ください。