

3歳6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	食欲(有・無) 食事回数 回	ひとりで食事が(ほぼできる・できない)(はし・スプーン) 偏食(有・無)() 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 トイレ利用の有無(有・無)	日中おしっこをひとりでしますか。(する・しない)
2才6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)	
・瞳が白く見えますか。		(いいえ・はい)	
・目つきや目の動きがおかしいですか。		(いいえ・はい)	
・極端にまぶしがったり、片目を閉じたりしますか。		(いいえ・はい)	
・物を見るとき首を傾けますか。		(いいえ・はい)	
・物を見るとき近づけて見ますか。		(いいえ・はい)	
○耳に関して何か心配なことはありますか。		(いいえ・はい)	
具体的にどのようなことが心配ですか。		()	
○砂利道などでもあまりころぶことなく自由に走り回れますか。		(はい・いいえ)	
○ケンケンができますか。		(はい・いいえ)	
○階段を一人で交互に足を出して上れますか。		(はい・いいえ)	
○段のある所からとび降りることが出来ますか。		(できる・できない)	
○肩たたきは交互にできますか。		(はい・いいえ)	
○簡単な衣服の着脱が一人でできますか。		(はい・いいえ)	
○指示されてオモチャなどの片付けをしますか。		(いつもする・時々する・しない)	
○反抗期の行動が見られましたか。		(はい・いいえ)	
○自分の性別と名前が言えますか。		(はい・いいえ)	
○自由に会話が出来ますか。		(はい・いいえ)	
○発音で気になることはありますか。		(いいえ・はい)	
具体的に書いて下さい。()		()	
○心配なクセはありますか。		(いいえ・はい)	
具体的に書いて下さい。()		()	
○普段どんなことをして遊んでいますか。		()	
具体的に()		()	
○外遊びをしていますか。		(はい・いいえ)	
○友達と一緒に共同で遊びますか。		(はい・いいえ)	
○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。		(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
- お父さんお母さんは、むし歯がありますか。 1. ない 2. 治療済み 3. 未治療
- 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)

《 3歳6カ月児健診 質問票 》

問1 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2 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3 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4 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5 3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。

→1. はい 2. いいえ

問6 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。