

3歳児健康診査 問診票

受診日

ふじみ野市

No.

フリガナ	生年月日		令和	年	月	日	第	健診同伴者	問診票記入者	
児の氏名	記載日		令和	年	月	日	子	母・父・ 祖母・祖父・ その他()	氏名 続柄()	
	月齢		歳		か月					
住所	ふじみ野市				連絡先(父・母・その他)			日中連絡のつきやすい時間帯		
同居家族	続柄	氏名	年齢	職業	健康状態	続柄	氏名	年齢	職業	健康状態

お子さまの発育・発達やご家族の健康に関する十分な支援のためには、必要時には関係機関に情報提供を行う場合があります。
問診票記載内容や相談内容の情報提供について同意していただける方は、以下に署名の上、問診票への記入をお願いいたします。

保護者署名 (続柄)

運動・生活習慣等	1 手を使わずにひとりで交互に階段をのぼれますか	1. はい	2. いいえ
	2 その場でジャンプしますか	1. はい	2. いいえ
	3 まねをして○が書けますか	1. はい	2. いいえ
	4 上着を自分で脱ぐことができますか	1. はい	2. いいえ
	5 ボタンをはめることができますか	1. はい	2. いいえ
	6 クツを自分ではけますか	1. はい	2. いいえ
	7 日中のオムツはとれましたか	1. はい	2. いいえ
	8 最近何か病気や事故、ケガなどがありましたか	1. いいえ	2. はい (内容)
社会性等	9 ナニ、ダレ、ドコなどを使った質問を盛んにし、よくお話しをしますか	1. はい	2. いいえ
	10 お子さんが話す言葉はどれですか (例 3語文「犬が エサを 食べている」、2語文「ワンワン いた」)	1. 3語文以上	2. 2語文 3. 単語のみ 4. 発語なし
	11 赤、青、黄、緑の4色がわかりますか	1. はい	2. いいえ
	12 ままごと、怪獣ごっこなど、ごっこ遊びができますか	1. はい	2. いいえ
	13 「○○していい？」と許可をもとめられますか	1. はい	2. いいえ
栄養・歯の衛生	14 食事ではしを使っていますか	1. はい	2. いいえ
	15 食事はよく食べますか	1. はい	2. いいえ
	16 食べ物の好き嫌いはありますか	1. いいえ	2. はい 内容
	17 よくかんで食べていますか	1. よく食べる	2. 少食 3. むら食い 4. 偏食
	18 おやつとの与え方	時間 1. 決めている 1日()回 量 1. 決めている	2. 不規則 2. 決めていない
	19 よくあげる飲み物の番号を全て選んでください。	1. 水・お茶(無糖) 2. イオン飲料 3. ジュース類(果汁含) 4. その他	
	20 よくあげるおやつ番号を全て選んでください。 1. 牛乳、乳製品 2. 果物 3. パン、おにぎり 4. せんべい 5. スナック菓子 6. ビスケット類 7. アメ・グミ・チョコ類 8. アイス・ゼリー類 9. その他		
	21 歯みがきはいつしていますか	1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 寝る前 5. していない	
	22 定期的に歯科医院でフッ素をぬっていますか	1. はい 2. いいえ	
	その他	現在、何かアレルギーがありますか	1. いいえ 2. はい
23 内 1. 卵 2. 乳製品 3. 小麦 4. 大豆 5. そば 6. アトピー 7. 喘息・気管支炎 (複数回答可) 容 8. じんましん 9. ハウスダスト 10. 花粉症 11. 犬・猫 12. その他()			
24 アレルギーについて医師の診断は受けていますか		1. なし 2. あり 診断名()	
25 便秘について ()日に()回 (<input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟)			
26 気になること、相談したいことがあれば、お書きください(例 こだわり、かんしゃく、友達と遊べない、落ち着きがない等)			

お子さんのお名前()

視力・聴力検査の方法は、同封した別紙「視力検査の方法」「聴力検査の方法」をご覧ください。

目に関するアンケート 「はい」または「いいえ」を○で囲んでください。

◆視力検査についてうかがいます。

1 視力検査をしましたか。	1. はい	2. いいえ
2 検査の方法を理解して検査ができましたか。	1. はい	2. いいえ

◆検査結果はどうでしたか。(※3方向以上正解したら「はい」を○で囲んでください。)

3 小さい輪の切れ目が両目で見えましたか。	1. はい	2. いいえ
4 小さい輪の切れ目が右目で見えましたか。	1. はい	2. いいえ
5 小さい輪の切れ目が左目で見えましたか。	1. はい	2. いいえ

◆次の1～5についてお聞きします。6の項目についても必要に応じてご記入ください。

1 目付きがおかしいですか。	1. はい	2. いいえ
2 まぶしがりですか。	1. はい	2. いいえ
3 目を細めて見ますか。	1. はい	2. いいえ
4 物に近づいて見ますか。	1. はい	2. いいえ
5 頭を傾けたり、横目で見ますか。	1. はい	2. いいえ
6 その他、目について気になることがあればお書きください。		

耳に関するアンケート 「はい」または「いいえ」を○で囲んでください。

◆次の1～7についてお聞きします。

1 家族・近い親類の方に、小さいときから耳の聞こえが悪い方がいますか。	1. はい	2. いいえ
2 中耳炎に何回か、かかったことがありますか。	1. はい	2. いいえ
3 ふだん、鼻づまり、鼻汁を出す、口で息をしている、のどれかがありますか。	1. はい	2. いいえ
4 呼んでも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が悪いと思う時がありますか。	1. はい	2. いいえ
5 幼稚園の先生や保育所(園)の保育士さんなど、お子さんに接する人から聞こえが悪いと言われますか。	1. はい	2. いいえ
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。	1. はい	2. いいえ
7 あなたの言うことばの意味が、動作など加えないとお子さんに伝わらないことがありますか。	1. はい	2. いいえ

◆聴力検査についてうかがいます。

1 聴力検査をしましたか	1. はい	2. いいえ												
2 ささやき声の検査結果(1で「はい」と答えた人のみ) 聞き取れたら○ 聞き取れなかったら×を記入	<table border="1"> <tr> <th>オフロ</th> <th>ポール</th> <th>ウマ</th> <th>ツミキ</th> <th>ジュース</th> <th>キリン</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		オフロ	ポール	ウマ	ツミキ	ジュース	キリン						
オフロ	ポール	ウマ	ツミキ	ジュース	キリン									
3 指こすり検査結果(1で「はい」と答えた人のみ) 聞き取れたら○ 聞き取れなかったら×を記入	<table border="1"> <tr> <th>右耳</th> <th>左耳</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		右耳	左耳										
右耳	左耳													

問診担当者