

3歳児健診アンケート

受診日 年 月 日

NO

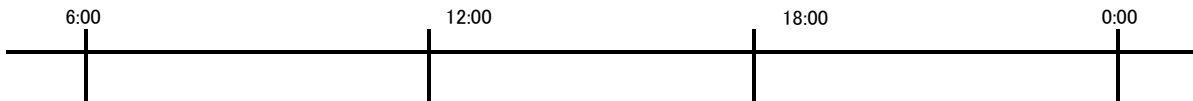
ふりがな								
幼児氏名	男 女	生年 月日	平成 (年 月 日) (歳 月 日)	第 子	家族構成	1. 核家族 2. 複合家族		

※早産の場合は出産予定日からかぞえて 歳 月 日にあたる

昼の主な保育者	1. 母 2. 祖父母 3. 保育園・幼稚園(園名) 4. その他		
母親の就業状況	1. 専業主婦 2. 内職 3. 家業(自営業・農業) 4. パートタイム勤務 5. フルタイム勤務 6. 育児休暇中		電話番号
フッ素塗布の希望	あり・なし(歯科医院で実施・希望無し・その他)		

既往歴	・今までにかかった大きな病気等がありますか?	なし・あり ()
	・今までにひきつけたことがありますか?	なし・あり ()
	・現在、治療している病気がありますか?	なし・あり ()
	・これまでに事故で病院にかかったことがありますか?	なし・あり ()
歯科医院	・現在子どものかかりつけの歯科医院はありますか はい(歯科医院)・いいえ	

1日の生活リズム(睡眠や食事など主なものを書き入れてください。)



栄 養	1. 食事について	
	①食事回数は? 1日()回	
	②「主食」+「主菜」+「副菜」がそろった食事がとれていますか? ※	
	・朝食ではとれていますか? はい・いいえ ・昼食ではとれていますか? はい・いいえ ・夕食ではとれていますか? はい・いいえ	
③味付けは、大人の食事に比べて薄味ですか?	はい・いいえ	
2. 食事をひとりで食べられますか	はい・いいえ	
おはしを使って食べますか	はい・いいえ	
3. おやつ等の与え方について		
①回数を決めていますか	はい 1日(回)・いいえ	
②時間を決めていますか	はい・いいえ	
③量を決めていますか	はい・いいえ	
④よく食べているおやつの内容は?いくつかもお選びください		
・せんべい ヨーグルト チーズ 果物 いも類 手作りおやつ ・スナック菓子 アイス プリン ゼリー ・あめ キャラメル ガム チョコレート まんじゅう ラムネ グミ クッキー チューブ入りアイス		
⑤よく飲んでいる飲み物は?いくつかもお選びください		
・牛乳(cc/日) フォローアップミルク(cc/日) お茶・水(cc/日) ・市販ジュース(cc/日) 乳酸飲料(cc/日) イオン飲料(cc/日) その他(cc/日)		
4. 食事について気になることがあれば記入してください。 (内容)		
歯	1. 歯みがきをしていますか?	はい・いいえ
	2. 大人が仕上げみがきをしていますか? いつしていますか?	はい・いいえ 起床時・朝食後・昼食後・夕食後、就寝前
	誰が手入れをしますか?	母・母以外の家族()
	3. フッ素入り歯磨き剤を使っていますか?	はい・いいえ
	4. 指しゃぶり(おしゃぶり)等の癖がありますか?	いいえ・はい
5. 歯について気になることがあれば記入してください。 (内容)		

※主食:ご飯・パン・めん等
主菜:肉・魚・大豆を使った料理
副食:野菜・きのこ・いも・海藻を使った料理

問 診	1. 立ったままでくると回れますか？	はい・いいえ
	2. 足を交互に出して階段をあげられますか？	はい・いいえ
	3. 運動(走ったり・跳んだりなど)が遅れているという心配がありますか？	いいえ・はい
	4. 3回以上続けてことばのやりとりができますか？	はい・いいえ
	5. 尿意や便意を感じ、自分からトイレに行くことができますか？	はい・いいえ
	6. くつを一人で履きますか？	はい・いいえ
	7. お子さんはテレビやDVDを1日2時間以上みていますか？	はい・いいえ
	8. お子さんは、普段どんな遊びをしますか？(遊びの内容:)	
	9. 友達と遊びますか？	はい・いいえ
	10. 他の子に「～しよう」と誘ったりしますか？	はい・いいえ
	11. 年下の子供の世話をやきたがりますか？	はい・いいえ
	12. 赤・青・黄・緑がわかりますか？	はい・いいえ
	13. 気になる癖、行動、苦手さ、こだわりはありますか？ (内容)	いいえ・はい
	14. よく動き回る等落ち着きがないと感じることはありますか？	いいえ・はい
	15. 養育上で困難を感じることはありますか？ どんな時？	いいえ・はい かんが強く、よくぐずる・手がかかる・おとなしすぎる・夜泣き
	16. 子どもに対し、イライラすることが多いですか？	いいえ・はい
	17. 子どもに対し、かわいくないと感じることは多いですか？	いいえ・はい
	18. お母さんの身体や気持ちの状態はどうですか？ ・心身ともに調子が良い ・身体は良いが精神的に良くない ・精神的には良いが身体の調子が良くない ・心身ともに調子が悪い ・なんともいえない	
	19. その他心配や気になることがありますか？ (内容)	いいえ・はい

耳のアンケート	1. 家族親戚の人に、小さいときから耳の聞こえの悪い人はいますか？	いいえ・はい
	2. 中耳炎にかかりやすいですか？	いいえ・はい
	3. ふだん鼻づまり、鼻汁を出す、口で息をしている、の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、聞き返すことがありますか？	いいえ・はい
	5. あなたの言う言葉の意味が、動作などを加えないとお子さんに伝わらないことがありますか？	いいえ・はい
	6. 話し言葉がおかしい(おけている)ですか？	いいえ・はい
	7. テレビの音を普通より大きくして聞きたがりますか？	いいえ・はい
	8. 聴力検査の結果について伺います。 ささやき声をいくつ聞き取れますか？	5個以上・4個以下
	両耳とも指こすりの音を聞き取れますか？	はい・いいえ(右・左)
9. 耳の聞こえ方で気になる事があれば記入してください (内容)		

※ささやき声の出し方:ささやき声は、息を出すだけの感じで、ないしょ話のようにささやきます。普通の声は、のど(のどぼとけ)に手をあてたとき、指に振動が感じられますが、ないしょ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。

目のアンケート	視力検査の結果について伺います。	
	1. 視力検査の方法を理解して検査ができましたか？	はい・いいえ
	2. 小さい輪の切れ目が見えましたか？	両目 はい・いいえ 右目 はい・いいえ 左目 はい・いいえ
	3. 黒目が寄ることがありますか？	いいえ・はい
	4. 黒目が外や上にずれることがありますか？	いいえ・はい
	5. テレビを見るととき近くで見るか、離れると見にくそうですか？	いいえ・はい
	6. 顔をしかめたり、目を細めてみますか？	いいえ・はい
	7. ものを見るととき次のような様子をしますか？	①顔を傾けて見る 　　いいえ・はい ②顔を回して横目で見る 　　いいえ・はい ③あごを引いて上目使いで見る 　　いいえ・はい
	8. 目の見え方で気になる事があれば記入して下さい (内容)	

3歳児健康診査アンケート

記入日： 年 月 日

ふりがな	男	
子の氏名	女	年 月 日生まれ

以下の質問について、あてはまる番号に○印をつけてください。

1	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)
2	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)
3	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、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
4	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
5	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
6	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
7	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
8	問7で、「1. いつも感じる」もしくは「2. 時々感じる」と回答した方は、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
9	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
10	この数か月の間に、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○を付けて下さい。	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. いずれも該当しない
11	お子さんのかかりつけの医師はいますか。	1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない
12	お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。	1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない