

ふりがな	男	生年月日
子の氏名	女	平成 年 月 日
住所：戸田市	電話（自宅・父・母） ()	

太枠内を記入してください。

1. 現在一緒に生活している方を記入してください。							
氏名	続柄	生年月日 (歳)	職業	氏名	続柄	生年月日 (歳)	職業
	父	. . ()				. . ()	
	母	. . ()				. . ()	
	本人	. . ()				. . ()	
		. . ()				. . ()	
2. 現在、幼稚園あるいは保育園に通っていますか。 はい ₁ (施設の名称) いいえ ₂							世帯区分
3. 今までの健診で何か指摘されたこと、現在治療中の病気がありますか。 なし あり []							通園
4. お子さんの言動への対応に困っていること、相談したいことはどんなことですか。 お子さんの様子を含めて、具体的にお書きください。							

健診同伴者 () 問診者 () □

計測	体重 (kg)		身長 (cm)		カウプ指数		積み木 (+ -)		
		.		.		.			
診察	ケンケン (+ ₁ - ₂ 黙 ₅ 泣 ₆)				しりとり (+ ₁ - ₂ 黙 ₅ 泣 ₆)				ケンケン
	じゃんけん (+ ₁ - ₂ 黙 ₃ 泣 ₄)				フォローの実施 (終了 ₁ 継続 ₂ 指導 ₃)				
	全身状態 (良 ・ 否)								しりとり
									じゃんけん
個別相談									フォロー
									Dr _____
									次回 _____ 担当 _____
診察所見	判定区分		対応方法		フォローの内容		対応事業		紹介状区分
									県報告

ふりがな	男	生年月日
子の氏名	女	平成 年 月 日

☆太線より右側の口には、記入しないで下さい。→

● お子さんについておたずねします。家庭や幼稚園・保育園で気になることがありますか？

【行動面】

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|----|
| 1. 言葉で自分の要求や気持ちを表し、会話をするのがうまくできない。 | (はい ₂ いいえ ₁) | 会話 |
| →はいの場合： 内容 () | | |
| 2. お母さんや先生が話しているあいだじっと聞いていることができない。 | (はい いいえ) | |
| →はいの場合： 内容 () | | |
| 3. いつもそわそわして動き回っている。 | (はい いいえ) | |
| →はいの場合： 内容 () | | 集団 |
| 4. 集団生活では、友達と一緒に遊んだり、行動することができない。 | (はい ₂ いいえ ₁) | |
| →はいの場合： 内容 () | | |
| 5. 生活や遊びの中で特定の物や動作にこだわりが強いと感じる。 | (はい ₂ いいえ ₁) | 拘り |
| →はいの場合：文字・数字・ロゴ・マーク等にこだわりがある | (はい いいえ) | |
| 早い時期（3歳頃）から文字や数字が読める、書ける | (はい いいえ) | |
| その他内容 () | | |

【運動面】

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| 1. スキップができる | (はい いいえ わからない) |
| 2. ブランコがこげる | (はい いいえ わからない) |
| 3. 片足でケンケンできる | (はい いいえ わからない) |
| 4. お手本を見て四角が書ける | (はい いいえ わからない) |
| 5. ボタンのかけ外しができる | (はい いいえ わからない) |

【遊び・生活面】

1. 1日の生活時間は規則的ですか。およその時間を記入してください。
起床 : 朝食 : 昼食 : 夕食 : 就寝 :
- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 2. 小便・大便がひとりのできる | (はい いいえ わからない) |
| 3. 耳の聞こえが悪い、目が悪いという心配はありますか。 | (はい いいえ) |
| 4. じゃんけんの勝負がわかる | (はい いいえ わからない) |
| 5. しりとりができる | (はい いいえ わからない) |
| 6. 自分の名前が読める | (はい いいえ わからない) |
| 7. 発音がはっきりしている | (はい いいえ わからない) |
| 8. 自分の左右がわかる | (はい いいえ わからない) |

● 保護者の方についておたずねします。

- | | |
|----------------------|--------------------------------|
| 1. 育児に疲労感や負担感はありますか。 | (なし あり どちらともいえない) |
| 2. 育児を相談する相手はいますか。 | (いる いない どちらともいえない) |

小学校入学のために資料としてこの質問票の情報を、教育センターと共有することに同意します。

平成 年 月 日 保護者氏名 _____