

受診年月日 \_\_\_\_\_

返却サイン \_\_\_\_\_

**太枠内を記入し、健診当日にお持ちください。  
裏面もあります。**

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. 日中の主な保育者はどなたですか。  
母親 父親 祖父母 その他 ( )

3. 幼稚園や保育園等に通っていますか。  
幼稚園・保育園・託児所 (施設名 )

4. 現在治療中の病気や、入院を伴うような病気・けがをしたことがありますか。  
なし あり ( )  
今までの健診で何か指摘されたことがありますか。  
なし あり ( )

5. 相談したいことがありましたらお書きください。

ここから下は記入しないでください。

分娩時の特記事項 無・有 (帝王切開術・ ) 健診同伴者 ( )  
 出生時の状況 ( g 週) 聴覚スクリーニング(パス<sub>1</sub>・リファ<sub>2</sub>・未<sub>3</sub>・不明<sub>4</sub>) 問診者 ( )

計測	体重 (kg)	身長 (cm)	頭囲 (cm)	カウプ指数	聴覚
	・	・	・	・	

眼	フォローの実施	なし <sub>1</sub> あり <sub>2</sub> →対応方法 (再検査 <sub>1</sub> ・紹介状 <sub>3</sub> ・既診断 <sub>4</sub> ・要経観 <sub>5</sub> ( 月後))	判定	フォロー実施 (対応方法)	(要経観) 月後
	紹介状区分 (複数可)	乱視 <sub>1</sub> 遠視 <sub>2</sub> 近視 <sub>3</sub> 斜視 <sub>4</sub> 視力障害の疑い <sub>5</sub> 眼球運動障害 <sub>6</sub> その他眼疾患の疑い <sub>7</sub> ( ) その他 <sub>9</sub> ( )			

耳鼻科	ささやき	できた <sub>1</sub> できない <sub>2</sub>	判定	フォロー実施 (対応方法)	(要経観) 月後
	フォローの実施	終了 <sub>1</sub> 継続 <sub>2</sub> →対応方法 (再検査 <sub>1</sub> ・要治療 <sub>2</sub> ・紹介状 <sub>3</sub> ・既診断 <sub>4</sub> ・要経観 <sub>5</sub> ( 月後))			
紹介状区分 (複数可)	難聴疑い <sub>1</sub> 耳垢栓塞 <sub>2</sub> 耳管機能不全 <sub>3</sub> 滲出性中耳炎 <sub>4</sub> 言語発達遅滞 <sub>5</sub> 構音障害 <sub>6</sub> その他 <sub>9</sub> ( )				

尿	蛋白	潜血	糖	白血球	異常なし <sub>1</sub> ・要経観(近医) <sub>2</sub> 要精密 <sub>3</sub> ・要治療 <sub>4</sub> ・治療中 <sub>5</sub> ・未尿 <sub>6</sub>	結果説明	担当 _____	尿結果

小児科	全身状態	良・否	個別相談	事後の結果	判定
	Dr _____				
					県報1
					県報2

診察所見	判定区分	対応方法	フォロー	対応事業	紹介状

ふりがな	男	生年月日
子の氏名	女	令和 年 月 日

電話 自宅： なし・048 ( ) 携帯(母・父)： ( )

☆お子さんの様子について、記入してください。

1. お子さんが話すときは  
 3語文以上で自由に会話できる<sup>1</sup>    2語文<sup>2</sup>    単語のみ<sup>3</sup>    無発語<sup>4</sup>

2. 表にお子さんの生活の様子を記入し、生活リズムを振り返ってみましょう。

3. 食事は1日何回ですか。 \_\_\_\_\_ 回

4. 牛乳はどのくらい飲みますか。  
 ・飲まない<sup>0</sup>  
 ・時々飲む(週に1~3日)<sup>1</sup> → 約 \_\_\_\_\_ ml/日  
 ・1週間に4日以上<sup>2</sup> → 約 \_\_\_\_\_ ml/日

5. おやつは1日何回ですか。 \_\_\_\_\_ 回

6. 甘味飲料(乳酸菌飲料、ジュース、イオン飲料など)をどのくらい飲みますか。  
 ・飲まない<sup>0</sup>  
 ・時々飲む(週に1~3日)<sup>1</sup>  
 ・1週間に4日以上<sup>2</sup> → \_\_\_\_\_ ml/日

7. 歯みがきはしますか。  
 ・毎日する    ・時々する    ・しない  
 { いつみがきますか(    )  
 だれがみがきますか  
 ・本人と保護者    ・保護者のみ    ・本人のみ

8. 指しゃぶりをしますか。  
 ・しない    ・する

9. ここ3か月の間、フッ素塗布をしましたか。  
 ・していない    ・している(    年    月に実施)

時間	生活内容	お子さんが飲食したもの
<記入例>		
7時	起床	{ ごはん 茶わん1杯 目玉焼き(卵1個)・トマト みそ汁1杯(キャベツ・油あげ)
8時	朝食	
0時		
1時		
2時		
3時		
4時		
5時		
6時		
7時		
8時		
9時		
10時		
11時		
12時		
13時		
14時		
15時		
16時		
17時		
18時		
19時		
20時		
21時		
22時		
23時		

名前  
+    ±    -  
会話

牛乳習慣

甘飲習慣

朝食時間  
| | |

就寝時間  
| | |

相談相手  
父 -  
母 -

☆お母さん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<sup>1</sup>    いない<sup>2</sup>    どちらともいえない<sup>3</sup>

☆お父さんお母さんについておたずねします。

1. 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。    なし<sup>1</sup>    あり<sup>2</sup>    1日    本  
 2. 現在、お子さんのお母さんは喫煙をしていますか。    なし<sup>1</sup>    あり<sup>2</sup>    1日    本  
 3. ご両親は朝食をどの程度食べていますか。  
 父(    歳) : 毎日食べている<sup>1</sup>    ・    週に数日食べている<sup>2</sup>    ・    ほとんど食べない<sup>3</sup>  
 母(    歳) : 毎日食べている<sup>1</sup>    ・    週に数日食べている<sup>2</sup>    ・    ほとんど食べない<sup>3</sup>

朝食頻度  
父 -  
母 -


**太枠内を記入し、健診当日にお持ちください。**

受診年月日 \_\_\_\_\_

42  
M

健診質問票②は「健やか親子21」という厚生労働省が策定した国民運動計画を推進するために、平成27年4月から全国共通で実施されることになった質問事項です。  
回答へのご協力をお願いします。

☆下記の項目について、該当する選択肢の番号を右の欄にご記入ください。

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	1
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	2
3. お子さんの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	3
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	4-①
4-②.  (①で、「1. いつも感じる」もしくは「2. 時々感じる」と回答した人) 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	4-②
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	5
6. 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	6
7. 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	7
8. 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	8