

3歳児健康診查のご案内

3歳児健康診査問診票

お子さんの氏名（ひらがなで記入）		電話：父・母・その他（ ） — —	
※お子さんが生まれてから転入してきた方や住所変更があった方はご記入ください。	・転居年月 年 月 ・旧住所	お子さんの同居家族は何人ですか？（ ）人 同居家族に○をつけてください 父 母 きょうだい 父方祖父 父方祖母 母方祖父 母方祖母 その他（ ）	きょうだい構成を教えてください 第1子 歳 男・女 第2子 歳 男・女 第3子 歳 男・女
保育園・幼稚園などに入園していますか？	・している（ 年 月から 園名： ） ・予定あり（ 年 月から 園名： ） ・していない（主な保育者： ）		

<p>1 日頃、お子さんのことで気になっていること、困っていることがあればお書きください。</p> <p>[]</p> <p>2 現在治療中または、経過をみている病気があれば、お書きください。</p> <p>[]</p> <p>3 運動（ジャンプしたり、階段をのぼったり）について心配がありますか。</p> <p style="text-align: right;">はい いいえ わからない</p> <p>4 ことばについて、遅れている、発音がおかしい、吃音（話し始めの言葉を繰り返す・引き伸ばす、言葉が出にくい）などの心配がありますか。</p> <p style="text-align: right;">はい いいえ わからない</p> <p>[どのようなこと]</p> <p>5 自分の気持ちやしてほしいこと、その日のできごとなどを教えてください。</p> <p style="text-align: right;">はい いいえ わからない</p> <p>6 聞いたことに答えてくれるなど、ことばのやりとりが続きますか。</p> <p style="text-align: right;">はい いいえ わからない</p>	<p>7 うまくできなくても自分でしがりますか。</p> <p>いいえ はい [どのようなこと]</p> <p>8 排泄（尿・便）について困っていることがありますか。</p> <p>いいえ はい [どのようなこと]</p> <p>9 友達と遊びますか。 はい いいえ どちらともいえない</p> <p>[どのような遊びが好きですか。]</p> <p>10 くせやこだわり、落ち着きのなさなど、対応に困ることがありますか。</p> <p>いいえ はい [どのようなこと]</p> <p>11 たたく、かみつくなどのかんしゃくがありますか。</p> <p>いいえ はい [どのようなとき]</p>
--	--

12 お子さんの1日の生活の様子をお書きください。

〈記載例〉

時間	AM 6	10	PM 2	6	10												
睡眠	[]																
食事やあそびなど	朝登園 食		昼食		降夕園 食		[]										

* 裏面もご記入ください *

13 現在の食事についてお聞きます。

〔 食事 1日 () 回
おやつ 1日 () 回・きめていない

14 飲みものやおやつはどんなものですか。

〔 ・牛乳 () cc を () 回
・ジュース・イオン飲料 () cc を () 回
・乳酸菌飲料 () cc を () 回
・野菜ジュース () cc を () 回
・果物類 ・おにぎり ・甘いお菓子
・せんべい ・スナック菓子 ・その他 ()

15 食事のことに困っていることがありますか。

いいえ はい 〔 ・好き嫌い・食べ過ぎる(何を)
・食が細い ・その他 ()

16 子育ては楽しいですか。

はい いいえ どちらともいえない

17 育児をしていてイライラすることが多いですか。

はい いいえ どちらともいえない

18 家族で家事・育児を協力しあっていますか。

・ 協力者がいる 該当する人全てに○をつけてください。
父 母 父方祖父 父方祖母 母方祖父 母方祖母
その他 ()
・ 協力者がいない

19 気軽にお子さんを預けられる人がいますか。

・ いる 該当する人全てに○をつけてください。
父 母 父方祖父 父方祖母 母方祖父 母方祖母
その他 ()
・ いない

20 その他、お子さんのことに限らず困っていること、
ご相談になりたい事があればお書きください。

〔
〕

ご記入いただきありがとうございました。

担当者サイン欄

問診	結果	相談(栄)	相談(発)	年 月

～ 目について ～

◇視力検査についてお書きください。

1 「視力検査の方法」のとおりにできましたか。

はい いいえ 〔 理由

2 検査結果：見えた方向について全部丸をつけてください。

1) 両目 (上・下・左・右)

2) 右目 (上・下・左・右)

3) 左目 (上・下・左・右)

◇目について気になることがありますか。

いいえ はい 〔 1 目つきがおかしい。
2 人にくらべ極端にまぶしがる。
3 目を細めて見る。
4 物に近づいて見る。
5 頭をかたむけたり、横目で見たりする。
6 その他 ()

～ 耳について ～

◇聴覚検査についてお書きください。

1 「聴覚自己検査の方法」のとおりにできましたか。

はい いいえ 〔 理由

2 検査結果：正しくさせた絵の個数をお書きください。

6個のうち () 個

◇耳などについて気になることがありますか。

いいえ はい 〔 1 小さい頃から聴覚障がいのある家族がいる。
2 中耳炎にかかったことがある。→ () 回
3 普段から「鼻づまり」「鼻汁が出る」「口で息をする」のいずれかがある。
4 呼んでも返事をしない、聞き返す、テレビの音を大きくするなど、聞こえが悪いと思うときがある。
5 その他 ()