

1歳6か月児健康診査アンケート

個人情報同意書		年 月 日		スマホからアンケートを回答される方はこちら	
ご記入いただいた内容(個人情報)は西条市の個人情報保護方針に基づき適切に取り扱います。お子さんの健やかな成長・発達支援のために、健診結果等について、保育園等の関係機関と連絡を取り合う場合があります。このことについて <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません 保護者氏名 _____				①お子さんのマイナンバーカードを準備 ②QRコードを読み取り、「 問診票の記入を行う 」→「 乳幼児健診トップへ 」から入力 ※健診日もマイナンバーカードが必要です	
フリガナ お子さんの名前	男・女 (第 子)	生年月日	年	月	日
住 所	西条市	電話番号	(母・父・自宅)		
母の名	職業()	父の名	職業()		
主な保育者	昼間【父母・祖父母・()保育園(所)・()幼稚園・その他()】 夜間【父母・祖父母・その他()】				
家族に病気の人	いない・いる()	現在母の妊娠	ない・ある(予定日 年 月 日)		
発育状況	首のすわり(か月) お座り(か月) ほう(か月) 歯の生え始め(か月) つかまり立ち(か月) つたい歩き(か月) 一人歩き(か月)				
既往歴	麻疹(か月)・風疹(か月)・水ぼうそう(か月)・おたふくかぜ(か月)・百日咳(か月) その他大きな病気()・けいれん(なし・あり)				
現在治療中の病気	なし・あり()	事故による受診	なし・あり()		
現在、お母さんは喫煙をしていますか	なし・あり(本/日)	現在、お父さん(パートナー)は喫煙をしていますか	なし・あり(本/日)		
五種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ・ヒブ)の予防接種(第1期初回3回)を済ませましたか	はい・いいえ	麻疹・風疹の予防接種を済ませましたか	はい・いいえ		
1	絵本を見て知っているものを指しますか		1. はい	2. いいえ	
2	ママ、ブーブなど意味のあることばをいくつかはなしますか		1. はい	2. いいえ	
	話せることばを記入してください 例: マンマ() 初語はいつですか?(歳 か月)				
3	大人の言う簡単なことばがわかりますか (おいで・ねんね・ちょうだい等)		1. はい	2. いいえ	
4	大人のまねをしたがりますか		1. はい	2. いいえ	
5	周囲の人やほかのこどもたちに関心を示しますか		1. はい	2. いいえ	
6	どんな遊びが好きですか (例:)				
7	ふれあい遊び(手遊びや体を使った遊びなど)と一緒に楽しめますか		1. はい	2. いいえ	
8	名前を呼ばれると振り向きませんか		1. はい	2. いいえ	
9	ひとりで上手に歩きますか		1. はい	2. いいえ	
10	手をひかれて階段を上ることができますか		1. はい	2. いいえ	
11	鉛筆を持ってなぐり書きをしますか		1. はい	2. いいえ	
12	目はよく見えますか		1. はい	2. いいえ	
13	極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではと気になりますか		1. いいえ	2. はい	
14	自分で食事や着替えなどをしたがりますか		1. はい	2. いいえ	
15	おしっこやうちのしつけを始めていますか		1. はい	2. いいえ	
16	生活リズムが決まっていますか		1. はい	2. いいえ	
17	かんが強く泣きいったりすることがありますか		1. いいえ	2. はい	
18	おとなしすぎと思ったことがありますか		1. いいえ	2. はい	
19	こだわりやくせがありますか		1. いいえ	2. はい	
20	育児は楽しいですか		1. はい	2. いいえ	3. どちらともいえない
21	育児に心配がありますか		1. ない	2. ある	3. どちらともいえない
22	育児は疲れませんか		1. 疲れにくい	2. 疲れる	3. どちらともいえない
23	育児について相談する相手がありますか		1. はい	2. いいえ	

裏面もご記入ください。

24	1歳半から2歳ごろまでの多くのこどもは、「何かに興味を持った時に指さしで伝えようとする」ことを知っていますか	1. はい 2. いいえ																											
	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																											
25	1.「いつも感じる」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																											
26	寝る前に歯磨きをしていますか	1. 毎日 2. 時々 3. みがかない																											
		1. 毎日 2. 時々 3. みがかない																											
27	保護者が仕上げ磨きをしていますか(2点答えてください)	1. 仕上げ磨きをしている(こどもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) 2. こどもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている 3. こどもだけで磨いている 4. こどもも保護者も磨いていない																											
28	浴室のドアには、こどもが一人であけることができないような工夫がしてありますか	1. はい 2. いいえ 3. 該当しない																											
29	お母さんとお父さん(パートナー)は、協力し合って家事・育児をしていますか	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																											
30	あなたは、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. 何とも言えない																											
31	この数か月の間に、ご家庭で次のようなことがありましたか 当てはまるものに○をつけてください	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. 子どもの口をふさいだ 7. こどもを激しく揺さぶった 8. いずれも該当しない																											
32	この地域で、今後も育児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																											
33	母乳を飲みますか	1. 飲んでいる 2. 飲んでいない	46	夕食後寝るまでに何か与えますか	1. いいえ 2. はい:菓子類・果物・牛乳・乳製品以外の飲み物・その他()																								
34	哺乳瓶を使いますか	1. 使っている 2. 使っていない	47	1日に1回は家族そろって食事をしていますか	1. はい 2. いいえ																								
35	牛乳やミルクを飲みますか	1. 毎日飲む 家庭 ml/日・保育園 ml/日 2. 毎日は飲まない 3. 飲まない	48	「いただきます」「ごちそうさま」の挨拶をしていますか	1. はい 2. いいえ																								
36	偏食はありますか	1. ない 2. ある()	49	食事性のアレルギーがありますか	1. はい 2. いいえ																								
37	食欲はありますか	1. ある 2. ない																											
38	よく噛んで食べますか	1. はい 2. あまり噛まずに飲み込む 3. いつまでも口に含んでいる	50	朝起きてから夜寝るまでに食べさせたものを記入してください。 生活リズムについては、起床・朝食・保育園(幼稚園)・間食・昼食・夕食・就寝等を記入してください																									
39	自分でコップを持って飲めますか	1. はい 2. いいえ		<table border="1"> <thead> <tr> <th>時間</th> <th>生活リズム</th> <th>献立</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>6時</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9時</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12時</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15時</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18時</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21時</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0時</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		時間	生活リズム	献立	6時			9時			12時			15時			18時			21時			0時		
時間	生活リズム	献立																											
6時																													
9時																													
12時																													
15時																													
18時																													
21時																													
0時																													
40	スプーンを持って食事ができますか	1. はい 2. いいえ																											
41	落ち着いて食事をしますか	1. はい 2. いいえ テレビを見る・遊びまわる 周りが気になる・その他()																											
42	食事の時間帯を決めていますか	1. はい 2. いいえ																											
43	指しゃぶりしていますか	1. していない 2. している																											
44	1回の食事の長さはどれくらいですか	1. 10分以内 2. 30分以内 3. 30分以上																											
45	家庭での間食はどうですか	1. あまり与えない 2. 与える ◇時間◇ 決めている・決めていない ◇量◇ 決めている・欲しいだけ ◇回数(回)																											
51	その他、心配なことがありますか?	1. ない 2. ある()																											