

3歳児健康診査アンケート①

* アンケート①・②をご持参ください。

()内には内容をご記入ください。
裏面もご記入ください。

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 」→「 乳幼児健診トッパ 」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・こども園・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)				
虫歯経験の有無	母 (なし ・ あり)		父 (なし ・ あり)				
発育状況	意味のある言葉の言い始め(か月)・2語文(歳 か月):「マンマ ちょうだい」「ワンワン きた」など						
既往歴	麻しん(歳)・風しん(歳)・水ぼうそう(歳)・おたふくかぜ(歳)・百日咳(歳) その他の大きな病気()・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()				
1	自分の名前が言えますか	1.	はい	2.	いいえ		
2	ことばが遅れているという心配がありますか	1.	ない	2.	ある		
3	同年齢のこどもと楽しんで遊びますか	1.	はい	2.	いいえ		
4	人形遊びや、ままごとなど役割のあるごっこ遊びをしますか	1.	はい	2.	いいえ		
5	どんな遊びが好きですか (遊びの例: _____)						
6	何でも自分で着がりますか(服の着脱など)	1.	はい	2.	いいえ		
7	手を使わずにひとりで階段を上がれますか	1.	はい	2.	いいえ		
8	「大きい・小さい」の区分がわかりますか	1.	はい	2.	いいえ		
9	ほぼこぼさないでひとりで食べますか	1.	はい	2.	いいえ		
10	昼間のおしっこを前もって知らせますか	1.	はい	2.	いいえ		
11	オムツを使用していますか (具体的に: _____)	1.	いいえ	2.	はい		
12	ひどく不安を示したり、恐れることはありませんか	1.	ない	2.	ある		
13	ひどく乱暴で困ることはありませんか	1.	ない	2.	ある		
14	ひどく落ちつかず注意が集中できなくて困ることがありますか	1.	ない	2.	ある		
15	指しゃぶり、爪かみ、ひどい人見知りをするなど困ることがありますか	1.	ない	2.	ある		
16	気になるこだわりはありますか(具体的に色など)	1.	ない	2.	ある(_____)		
17	歯みがきや手洗いを習慣づけていますか	1.	はい	2.	いいえ		
18	お母さんはお子さんとよく遊ぶほうですか	1.	はい	2.	いいえ	3.	母はいない
19	お父さん(パートナー)はお子さんとよく遊ぶほうですか	1.	はい	2.	いいえ	3.	父はいない
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

3歳児健康診査アンケート②

《食習慣についてのおたずね(3歳)》

お子さんの名前() 男・女 年 月 日生まれ(3歳 か月)

<p>1 牛乳を飲みますか</p>	<p>1. 毎日飲む 家庭 _____ ml/日 保育園 _____ ml/日</p> <p>2. 毎日飲まない</p> <p>3. 飲まない</p> <p>4. 与えたことがない</p>	<p>14 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</p> <p>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</p>																								
<p>2 食欲はありますか</p>	<p>1. ある</p> <p>2. ない(理由:)</p> <p>3. むらがある(理由:)</p>	<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>起床()時</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>就寝()時</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	起床()時		9時			12時			15時			18時			21時	就寝()時		0時		
時間	生活リズム	献立																								
6時	起床()時																									
9時																										
12時																										
15時																										
18時																										
21時	就寝()時																									
0時																										
<p>3 偏食がありますか</p>	<p>1. ない</p> <p>2. ある</p> <p>牛乳・乳製品・肉・魚・卵・大豆製品・野菜・芋・その他()</p>																									
<p>4 よくかんで食べますか</p>	<p>1. はい</p> <p>2. あまりかまずに飲みこむ</p> <p>3. いつまでも口に含んでいる</p>																									
<p>5 落ち着いて食事をしますか</p>	<p>1. はい</p> <p>2. いいえ</p> <p>テレビを見る・まわりが気になる遊び・その他()</p>																									
<p>6 食事の時間帯を決めていますか</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>																									
<p>7 1回の食事の長さはどれくらいですか</p>	<p>1. 10分以内</p> <p>2. 30分以内</p> <p>3. 30分以上</p>																									
<p>8 家庭での間食はどうですか</p>	<p>1. あまり与えない</p> <p>2. 与える</p> <p>◇時間 (1)時間を決めている (2)欲しいときいつでも</p> <p>◇量 (1)決めている (2)欲しいだけ</p> <p>◇回数 ()回</p>																									
<p>9 夕食後寝るまでに何か与えますか</p>	<p>1. いいえ</p> <p>2. はい</p> <p>菓子類・果物・牛乳・乳製品以外の飲み物・その他()</p>																									
<p>10 食事の準備や後片付けのお手伝いをしていますか</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>																									
<p>11 1日に1回は家族そろって食事をしていますか</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>																									
<p>12 「いただきます」「ごちそうさま」の挨拶をしていますか</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>																									
<p>13 食事性のアレルギーがありますか</p>	<p>1. はい 2. いいえ</p>																									

《3歳児健康診査における視覚検査》

1. 目の状態についてのアンケート(お子さんについて、あてはまるところを○で囲んでください)

1) 目の向きで気になることはありませんか	はい	いいえ
2) まぶしがりますか	はい	いいえ
3) 目を細めて見ますか	はい	いいえ
4) 物に近づいて見ますか	はい	いいえ
5) 頭を傾けたり、横目で見たりしますか	はい	いいえ
6) その他、目について気になることがあればお書きください ()		

2. 家庭で実施した視力検査の結果について

(この検査については、別紙の「視力検査の方法」にもとづいて実施してください)

小さい輪を使った視力検査の結果(*4方向のうち3方向見えたら○を、2方向以下しか見えなかったら×を記入してください)

両目	右目	左目



《3歳児健康診査における聞こえの確認》

1. 耳に関するアンケート(お子さんについて、あてはまるところを○で囲んでください)

1) 現在、中耳炎等で耳鼻科の治療を受けていますか	はい	いいえ
2) 家族・親戚の方に、小さい時から耳の聞こえにくい方、聞こえない方がいますか	はい	いいえ
3) 中耳炎に何回かかかったことがありますか	はい	いいえ
4) 普段、鼻づまり・鼻汁を出す・口で息をしている、いずれかがありますか	はい	いいえ
5) 呼んで返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえにくいと思う時がありますか	はい	いいえ
6) 保育所や幼稚園の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえにくいと言われたことがありますか	はい	いいえ
7) 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか	はい	いいえ
8) あなたの言うことばの意味が、動作などを加えないと伝わらないことがありますか	はい	いいえ
9) 話しかけに、片方ばかり向いたり、きょろきょろしたりすることが多いですか	はい	いいえ
10) 耳の聞こえのことで、心配していることがあればお書きください ()		

2. 家庭で実施した聴力検査の結果について

(この検査については、別紙の「聴力検査の方法」にもとづいて実施してください)

1) 保護者がおこなう絵シートによるささやき声検査

いぬ	くつ	かさ	ぞう	ねこ	いす

2) 指こすりによる聞こえの検査

右耳	左耳