

1歳8ヵ月児健康診査質問票

受付No

フリガナ		男 女	生年月日	令和	年	月	日生
氏名			電話番号				
			() 保育園・こども園				年
住所	八幡市						
家族構成	氏名	続柄	性別	年齢	職業	健康状態	
			男・女			健康・否 ()	
			男・女			健康・否 ()	
			男・女			健康・否 ()	
			男・女			健康・否 ()	

予防接種	ロタウイルスワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
	B C G	未 ・ 済
	4種混合(DPT-IPV)ワクチン	未 ・ 1期初回 (1回 ・ 2回 ・ 3回) ・ 1期追加
	ヒブワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回
	小児用肺炎球菌ワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回
	B型肝炎ワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
	麻疹風疹混合(MR)ワクチン	未 ・ 済
	水痘(水ぼうそう)ワクチン	未 ・ 1回 ・ 2回

健康状態	1. 今までに大きな病気やけがをしたことがありますか	いいえ ・ はい
	はいの場合 (歳 カ月頃 ・ 傷病名)	
	2. 現在、継続して治療や経過をみてもらっている病気があればお書きください	
	(歳 カ月頃～ ・ 病名 病院名)	
すくすく発達のようす	3. からだのことで気になることがあればお書きください ()	
	4. アレルギーはありますか	いいえ ・ はい ()
	1. 5～6歩以上一人で歩きますか	はい (歳 カ月から) ・ いいえ
	2. 手をひくと階段を登りますか	はい ・ いいえ
	3. 歩き方で気になることがありますか	ない ・ ある ()
	4. 自分でコップを使ったり、えんぴつやクレヨンでなぐり書きますか	はい ・ いいえ
	5. 大人や周りの人の身振りやしぐさをまねしますか	はい ・ いいえ
	6. 大人が相手をすると喜びますか	はい ・ いいえ
	7. 保護者がいなくなると探すようなしぐさがみられますか	はい ・ いいえ
	8. 昼間の排泄の後、ことばや身振りで教えますか	はい ・ いいえ
	9. 「〇〇とってきて」など簡単なお手伝いをしますか	はい ・ いいえ
	10. 指さしについて	
	① 興味をもったものや見たものを指さして大人に伝えようとしていますか	はい (歳 カ月から) ・ いいえ
	② 絵本をみて「～はどれ？」と尋ねると指さして答えますか	はい (歳 カ月から) ・ いいえ
11. ほしいものをどんな方法で大人に伝えますか		
① 大人の手をもっていく ② 指でさす ③ ことばで言う ④ 自分でする		
12. 最近話していることばや声をありのままにたくさん書いてください。		
[]		
13. 思い通りにならないとかんしゃくをおこしたり、我を通そうとしますか	いいえ ・ はい	
14. 以前はできていたができなくなった事、話さなくなった言葉がありますか	いいえ ・ はい	

裏面もご記入ください

目のようす	目について気になることはありますか いいえ ・ はい はいの場合、 目がよる ・ 横目で見ると ・ 顔を傾けて見る ・ 目を細める ・ まぶしがる テレビを見るとき画面に近づく ・ 黒目が揺れる ・ 黒目の中央が白っぽい その他 ()
耳のようす	1. 少し離れて後ろから名前を呼んだとき、ふりむきますか はい ・ いいえ 2. 電話が鳴ると、指さしたり、電話の所へ行きますか はい ・ いいえ 3. 家族の中で小さい時から耳の聴こえの悪い方がいますか いいえ ・ はい 4. 耳について気になることはありますか いいえ ・ はい はいの場合、 小さな物音に気づかない ・ 中耳炎になりやすい ・ その他 ()
毎日の生活のようす	1. 一日の生活リズムについて (起床、食事、昼寝、園生活、就寝など) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 時 2. 1日にテレビや動画、タブレット等がついている時間 () 時間 子どもが見ている時間 () 時間 3. 外で遊ぶ時間 () 時間 4. 何をして遊ぶのが好きですか (例：積木を積む) 5. 同年齢のお友だちが遊んでいる様子をじっと見たり、そばで遊びますか はい ・ いいえ いいえの場合 (怖がる ・ お友達に興味を示さない ・ その他) 6. よく遊ぶお友達や場所について ①お友達：()人 ②場所：サークル・公園・その他 () 7. 朝ごはんは何をどれ位食べますか？ (主食 量) (おかず類 量) (その他 量) 誰と一緒に食べますか () 8. 偏食について ない ・ ある (野菜、肉、魚、牛乳、その他) 9. ジュース、乳酸菌飲料等について ① 飲まない ・ 時々 ・ 毎日 ② 1回の量 _____ ml 10. おやつについて 決めている ・ 決めていない 11. 歯磨きの回数 (1日2回以上・夜のみ・朝のみ・しない) 12. 母乳 (飲む ・ 飲まない) 哺乳瓶の使用 (ある ・ ない) 指しゃぶり (する ・ しない)
その他	1. 家族の中に、たばこを吸う人がいますか はい ・ いいえ 2. あなたの体調はいかがですか よい ・ どちらともいえない ・ よくない () 3. 育児をしている時に ①よく思う気持ち (複数選択可) と ②表情で当てはまるものはどれですか。 ① 楽しい ・ 可愛い ・ 疲れる ・ いらいらする ・ 不安 ・ 特に無し ・ その他 () ② 表情 (当てはまるものを1つ選んで、○で囲んでください。)  4. 家族の協力はありますか はい (主な協力者) ・ いいえ 5. 身近に子どもさんのことで相談する人がいますか はい (主な相談者) ・ いいえ 6. お子さんのよいところをできるだけたくさんお書きください () 今までに発達や性格、行動のことで相談されたことがありますか (内容：) (どこで：) 育児の中で気になる事や困っている事があればご記入ください (食事・睡眠・排泄・歯のこと等、何でも)