







フリガナ		男 女	生年月日	R 年 月 日生		
氏名			電話番号			
住所	八幡市 () 保育園・こども園・幼稚園					
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 ()

健診の参考にしますので質問にお答えください



予防接種	BCG	未・済	麻しん・風しん	未・済
	水痘	未・1回・2回	日本脳炎	未・1期初回(1回・2回)
	四種混合	未・1期初回(1回・2回・3回)・1期追加		
	ヒブ(Hib)	未・1回・2回・3回・4回		
	小児用肺炎球菌	未・1回・2回・3回・4回		
	B型肝炎	未・1回・2回・3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、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)			
	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 ()			
発達について	〔運動について〕			
	1. 足を交互に出して、手すりにつかまらずに階段をのぼれますか..... はい・いいえ			
	2. ケンケンをすることができますか..... 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. 前ボタンがかけられますか..... はい・いいえ			
	〔ことばについて〕			
	1. 単語を3つ以上続けて話し、おとなと自由に会話ができますか..... はい・いいえ			
	2. 発音が不明瞭で何を言っているのかわからないことがありますか..... はい・いいえ			
	3. 吃音(ことばがつまってなめらかにしゃべれないこと)がありますか..... はい・いいえ			
	4. 最近話していることばを具体的に書いてください ()			
	5. その他ことばについて心配なことがありますか..... ない・ある ()			
	〔行動や遊びについて〕			
1. お友だちと遊ぶのが好きですか..... はい・いいえ				
2. 落ち着きがなく、注意が集中しないことがありますか..... はい・いいえ				
3. かんしゃくをおこして手がつけられないことがありますか..... はい・いいえ				
4. 爪かみや指しゃぶりをしますか..... はい・いいえ				
5. ほめたり励ますと最後までやろうとしますか..... はい・いいえ				
6. 新しい場所に慣れにくかったり、こわがりでおびえたりしますか..... はい・いいえ				

1. 視力検査の方法をお子さんが理解して実施ができましたか・・・はい ・ いいえ
 ・ 検査用の指標(小さい方)を2.5mの距離で正しく答えられたら○。正しく答えられなければ×をしてください。

				
右目				
左目				

4方向を見せて、3方向以上正しく答えられたら「見えた」となります。

目について

2. 次のような気になることはありますか・・・はい ・ いいえ
 ・ 目が寄る・横目で見る・顔をしかめたり、目を細めてみる・まぶしそうにする ・顔を傾けて見る
 ・ テレビなど離れると見えにくい ・じっと見ている時に目がゆれる ・瞳(黒目の中央)が白っぽい

耳について

1. 家族の中に小さい時から耳の聴こえの悪い方がいますか・・・ はい ・ いいえ
 2. 名前を呼んでも返事をしないことがありますか・・・ はい ・ いいえ
 3. 中耳炎にかかりやすいですか・・・ はい ・ いいえ
 4. こちらの言うことが動作を加えないとお子さんに通じませんか・・・ はい ・ いいえ
 5. ささやき声検査の結果をお書きください。正しく指せたものに○印をしてください
 いぬ くつ かさ そう ねこ いす

生活について

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. 一日にテレビや動画、タブレット等がついている時間はどのくらいですか・・・()時間
 子どもが見ている時間は・・・()時間

3. よく遊ぶ友だちはいますか・・・はい()人 ・ いいえ

4. 外で遊ぶ時間は・・・()時間 ・ ほとんどない

5. 好きな遊び、よくする遊びは何ですか()

6. 排泄(おしっこ、うんち)について特に困っていることはありますか・・・ある ・ ない
 あるの場合()

7. 偏食はありますか・・・ない・ある(野菜、肉、魚、牛乳、その他)

8. 朝ごはんはどんなものをどれくらい食べますか およその一回量をお書きください
 主食() おかず類() その他()
 誰と食べますか()

9. ジュース、乳酸菌飲料等は一日にどれくらい飲みますか 毎日(ml) ・時々 ・ほとんど飲まない

10. おやつは時間を決めていますか・・・ はい ・ いいえ

11. 食事について気になることはありますか・・・いいえ・はい()

12. 歯みがきをしますか・・・1日2回以上 ・夜のみ ・朝のみ ・しない

13. 歯みがきはどのようにしていますか・・・こどもがみがく ・親がみがく ・子どもがみがいた後親がみがく

14. 歯や口の中で気になることはありますか・・・ない・ある()

その他

1. あなたの気分や体調はいかがですか・・・よい ・ どちらともいえない ・ よくない()

2. 育児をしている時によく思う気持ち(いくつでも)
 楽しい ・ かわいい ・ 疲れる ・ いらいらする ・ 不安 ・ 特になし ・ その他()

3. 家族の協力はありますか・・・ はい ・ いいえ

4. 身近に子どもさんのことで相談する人がいますか・・・ はい ・ いいえ

5. 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
 (機関) (相談内容)

その他何か気になる事、困っていることがありますか ない・ある()