

お子さんの名前	
住所	町
生年月日	年 月 日
電話番号	

# 1歳8か月児アンケート(1)

主にお子さんの世話をなさっている方が記入してください。 記入した人( ) 子どもの月齢 歳 か月

一般状態	主な保育者 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 母・父・祖母・その他( ) <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 母・父・祖母・その他( )
	お子さんのお父さんは、育児をしていますか。 (よくやっている・時々やっている・ほとんどしない・何とも言えない) 機嫌 (よい・よくない) 睡眠 (よい・よくない) 睡眠・食事・おやつ・あそびについて記入してください。 起床時刻 時 分 就寝時刻 時 分 昼寝の時間 時 ~ 時 時間 生活リズム 生活リズムは整っていますか。(はい・いいえ・どちらとも言えない) 歯磨き ①無 ②時々 ③有(朝・昼・夕・ねる前) 指すい(無・有) 保護者が毎日仕上げ磨きをしていますか? ①仕上げ磨きをしている(子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) ②子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている ③子どもだけで磨いている ④子どもも保護者も磨いていない
食事・栄養	食事回数 回 食欲(有・無) 偏食(無・有) (苦手なもの) 昨日の夕食メニュー( ) 哺乳ビンを使っていますか。(無・有) 今日の朝食メニュー( ) 母乳やミルクを飲みますか。(いいえ・はい) コップで飲むことができますか。(はい・いいえ) おやつとの与え方 ①時間をきめて ②要求時 ③あまり食べない おやつ 回 何をどのくらい( ) 牛乳 ml/日 お茶か水 回 ジュース・スポーツ飲料などの甘い飲み物 回 何をどのくらい( ) スプーンやフォークで食物を口にはこびますか (はい・いいえ)
排泄	便 回/日 性状(よい・気になる) オムツ交換の回数 回
今までにかかった病気	(無・有) 病名 izzozoo かかりつけ医療機関 けいれん(ひきつけ) (無・有) 回) 無・有(病院名)
現在の病気	(無・有) 病名 izzozoo かかっている病院名
あなたのお子さんについて、次の質問のそれぞれにどちらかあてはまるほうの答えに○をつけてください。	
◎目に関して心配なことはありますか。(いいえ・はい) ・瞳が白くみえますか。(いいえ・はい) ・目つきや目の動きがおかしいですか。(いいえ・はい) ・極端にまぶしがったり、片目を閉じたりしますか。(いいえ・はい)	
◎耳に関して心配なことがありますか。(いいえ・はい) ・名前を呼んでも振り向かないことがたびたびありますか。(いいえ・はい) ・大人がやかましいと感じる音でも平気でいますか。(いいえ・はい)	
◎生えていた歯がぐらぐらしたり抜けたことはありますか。(いいえ・はい)	
◎戸外でもしっかり一人で歩けますか。(はい・いいえ) ( 歳 か月) 独り歩きはいつからできましたか。( 歳 か月)	
◎足を引きずるような歩き方をすることがありますか。(いいえ・はい)	
◎手を引いてやると階段が上がれますか。(はい・いいえ)	
◎なぐり書きをしますか。(はい・いいえ)	
◎「～もってきて」等の簡単な指示に応じられますか。(はい・いいえ)	
◎「お花どれ?」「いぬはどこ?」と問いかけると指さして教えますか。(はい・いいえ)	

- ◎ことばをいくつか話しますか。 (はい・いいえ)  
 具体的に書いてください。( )
- ◎初めてのことばはいつからですか。 ( 歳 か月)
- ◎何でも自分でやりたがりますか。 (はい・いいえ)
- ◎1歳半から2歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味をもった時に、指さして伝えようとする」ことを知っていますか。 (はい・いいえ)
- ◎身近な人に遊んでもらいたがったり、相手になってやると喜びますか。 (はい・いいえ)
- ◎普段お子さんはどんなことをして遊んでいますか。  
 具体的に書いてください。( )
- ◎ボールを交互に投げたり受け取ったりしますか。 (はい・いいえ)
- ◎保護者の話しかけと関係なく勝手にうごきまわることが多いですか。 (いいえ・はい)
- ◎保護者が「だめよ」と言うとだいたいやめられますか。 (はい・いいえ)

- ◎現在保育園やこども園に通っていますか。または通う予定がありますか。  
 (いいえ・はい→園名 予定の場合 年 月～)
- ◎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)
- ◎育てにくさを感じた時、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。 (はい・いいえ)

- ◎この数か月の間にご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○をしてください。
- |                 |                |                    |
|-----------------|----------------|--------------------|
| 1. しつけのしすぎがあった  | 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. 子どもを激しく揺さぶった | 8. いずれも該当しない   |                    |

- ◎子育てを楽しんでいますか。  

たのしい	まあまあ	楽しくない
└──────────┘		

- ◎お子さんのお母さんは、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。  
 (はい・いいえ・何とも言えない)

- ◎この地域で今後も子育てをしていきたいですか。  
 (1. そう思う 2. どちらかと言えばそう思う 3. どちらかと言えばそう思わない 4. そう思わない)

- ◎お子さんがいうことをきかなくて、困ることがありますか。  
 (よくある・ある・時々ある・ほとんどない・ない)

- ◎育児をされていてイライラしたり、つらいと感じることがありますか。  
 (よくある・ある・時々ある・ほとんどない・ない)

- ◎お子さんをどちらかというときびしく育てていると思いますか。 (はい・いいえ)

- ◎しつけのためにお子さんをたたくことがありますか。 (よくある・ある・時々ある・ほとんどない・ない)

- ◎育児について他の親と話す機会がありますか。 (あり・なし)

- ◎地域の子育て支援の場を利用したことがありますか。利用した場に○をしてください。 (はい・いいえ)  
 (子どもセンター・子育て支援センター・園庭開放・その他( ))

- ◎子育てに困った時に相談できる人や場所がありますか。 (いいえ・はい) 人や場所( )

- ◎お子さんのお母さん、お父さん自身のことについて何かありましたらお書きください。

〔 健康的な不安、心に悩みをもっている、家事や仕事が忙しい、経済的な心配、  
 パートナーとの関係、祖父母との関係、介護 〕

- ◎現在喫煙をしていますか。 母 (なし・あり) 父 (なし・あり)

- ◎特に気になることや、心配なことはありますか。 (いいえ・はい)  
 具体的に書いてください( )

- ◎浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。  
 (はい・いいえ・該当しない)

- ◎お子さんのお母さんは、妊娠中に子宮頸がん検診を受けてから、その後受けていますか。  
 (はい・これから受ける予定・いいえ)

## 1歳8か月児アンケート(2)

お子さんの普段の様子について最も質問に当てはまるものを○で囲んでください。すべての質問に答えてくださるようお願いいたします。もし、質問の行動をめったにしないと思われる場合は(たとえば、1,2度しか見た覚えがないなど)お子さんはそのような行動はしない(「いいえ」を選ぶように)とご回答ください。

お子さんの名前( )

1	ぶらぶら揺さぶられたり、ひざの上で揺ると喜びますか？	はい	いいえ
2	他の子どもに興味を示しますか？	はい	いいえ
3	階段や何かの上に登るのが好きですか？	はい	いいえ
4	いないいないばあをすると喜びますか？	はい	いいえ
5	電話の対応をまねしたり、人形の世話をするなど、ごっこ遊びをしていますか？	はい	いいえ
6	何か欲しいものを指差して要求しますか？	はい	いいえ
7	何か興味を持った時、指を指して伝えようとしますか？	はい	いいえ
8	おもちゃを、口に入れたり、いじったり、落としたりするのではなく、おもちゃに合った遊び方をしますか？	はい	いいえ
9	あなたに見てほしいものがある時、それを見せに持ってきますか？	はい	いいえ
10	視線が数秒以上合いますか？(1、2秒より長く)	はい	いいえ
11	音に過敏に反応して不機嫌になりますか？(耳をふさごうとするなど)	はい	いいえ
12	あなたの顔を見たり、笑いかけられると、微笑み返しますか？	はい	いいえ
13	あなたの真似をしますか？(例えば、口をとがらせてみると顔真似をしようとしますか？)	はい	いいえ
14	名前を呼ばれると反応しますか？	はい	いいえ
15	離れたところにあるおもちゃを指差すと、そちらの方を見ますか？	はい	いいえ
16	お子さんは歩きますか？	はい	いいえ
17	あなたが持っているものをお子さんも一緒に見ますか？	はい	いいえ
18	自分の顔の近くでひらひらと指を動かすような癖がありますか？	はい	いいえ
19	自分がしていることにあなたの注意を惹こうとしますか？	はい	いいえ
20	聴力に問題があるのではと心配になったことがありますか？	はい	いいえ
21	言われたことばを理解できますか？	はい	いいえ
22	ぼんやり何もなかったところを見つめていたり、目的なくうろうろすることがありますか？	はい	いいえ
23	いつもと違うことがある時、あなたの顔を見て反応を確かめますか？	はい	いいえ

※なぐり書きをしましょう。(鉛筆で自由にお絵かきしてください)

裏面に必ず健診対象のお子さんにかいてもらってください。

※なぐり書きをしましょう。(鉛筆で自由にお絵かきしてください)