

お子さんの名前	
住 所	町
生年月日	年 月 日
電話番号	

2歳6か月児アンケート

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	生活リズム	主な保育者 昼 母・父・祖母・その他（ ） 夜 母・父・祖母・その他（ ） 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） 睡眠・食事・おやつ・あそびについて記入してください。 機嫌（よい・よくない） 睡眠（よい・よくない） 0 6 12 18 24 起床時刻 時 分 就寝時刻 時 分 昼寝の時間 時～ 時 時間 歯磨き ①無 ②時々 ③有（朝・昼・夕・ねる前）	
	食事・栄養	食事回数 回 食欲（有・無） 偏食（無・有）（苦手な物） 昨日の夕食メニュー（ ） 今日の朝食メニュー（ ） 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 種類・量（ ） 飲み物 回 種類・量（ ） 牛乳 ml/日 スプーンやはしで食事をしますか（はい・いいえ） 自分で食事を食べたがりますか（はい・いいえ）	
	排泄	便 回/ 性状（よい・気になる） 尿 回 出る前におしっこを知らせることができますか。（はい・いいえ） 自分でしようしたり、出した後で知らせますか。（はい・いいえ）	
	病歴	今までにかかった病気（無・有） 病名 いつごろ けいれん（ひきつけ）（無・有 回） 現在の病気（無・有） 病名 いつから 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） ・瞳が白く光ってみえますか。（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） ・物を見るとき近づいてみますか。（いいえ・はい） ・物を見るとき首を傾けてみますか。（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） ・聞こえていないのではないかと感じることはありませんか。（いいえ・はい） ・パ行、バ行が言えますか。（はい・いいえ） ・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） ◎走ることができますか。（はい・いいえ） ◎最近ころびやすいですか。（いいえ・はい） ◎階段を手すりを持って昇り降りできますか。（はい・いいえ） ◎言葉の数は増えていますか。（はい・いいえ） ◎2つ～3つの単語が続けて話せますか。（はい・いいえ） 具体的に書いてください。（ ） ◎二語文はいつからですか。（ ） 歳 か月 ◎「ナニ」または「コレナニ」の質問をよくしますか。（はい・いいえ） ◎簡単な質問（「パパはどこへ行ったの」など）に答えることはできますか。（はい・いいえ） ◎人形を抱いて遊んだり、車を「ブーブー」と言って動かしますか。（はい・いいえ） ◎大きい、小さいということがわかりますか。（はい・いいえ）			

◎何でも自分で着がりますか。	(はい・いいえ)
◎簡単な服を自分で脱ごうとしますか。	(はい・いいえ)
◎ボタンをはめがりますか。	(はい・いいえ)
◎友だちのところへ行きがりますか。	(はい・いいえ)
◎遊び場はありますか。	(はい・いいえ)
具体的に書いてください。(	)
◎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。(	)
◎現在保育園・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. いずれも該当しない
◎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)
◎育児をし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)
◎イヤイヤを言いますか。(はい・いいえ)	
◎(はいと回答した人) イヤイヤを言う時、お子さんの保護者の方はどのように対応していますか。	(
◎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 (
◎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 (	)
◎お子さんのお母さんは、子宮頸がん検診を2年に1回受けていますか。	(はい・いいえ)
◎ご自身は、職場や市の特定健診・39才以下健診を毎年受けていますか。	(はい・いいえ)
◎ご自身の血圧値を知っていますか。	(はい・いいえ)
◎正常血圧は120/80mmHg未満であることを知っていますか。	(はい・いいえ)
◎ご自身の受けられる健(検)診を知っていますか。	(はい・いいえ)

※○をかいてみましょう。下の余白に必ず健診対象のお子さんにかいてもらってください。